

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N°

294

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raoul POUPONNEAU

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 16 Août 1914, à LOUANS (Indre-et-Loire)

**A propos de quelques nouveaux cas
de symphysiotomie
partielle sous cutanée
suivant la méthode de ZARATE**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raoul POUPONNEAU

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 16 Août 1914, à LOUANS (Indre-et-Loire)

**A propos de quelques nouveaux cas
de symphysiotomie
partielle sous cutanée
suivant la méthode de ZARATE**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

I. — Professeurs

Anatomie.
 Physiologie
 Physique médicale.
 Chimie médicale.
 Bactériologie.
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale.

Pathologie chirurgicale.
 Anatomie pathologique.
 Histologie.
 Pharmacologie et matière médicale.
 Thérapeutique.
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée.
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.

Hygiène et clinique de la première enfance.
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale.

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique.

Clinique d'accouchements.

Clinique gynécologique.
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique.
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique.
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie.
 Assistance médico-sociale.

Professeurs sans chaire.

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LEVY-VALENSI.
 Henri BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Et.. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (R.) Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.

MM.
 DEGREZ (R.).. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNK-
 BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 Mlle GAUTHIER-
 VILLARS.. Anatomie pathologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENEGRE Pathologie médicale.
 LEVY (M^{me} J.).. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.

MM.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-
 IEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

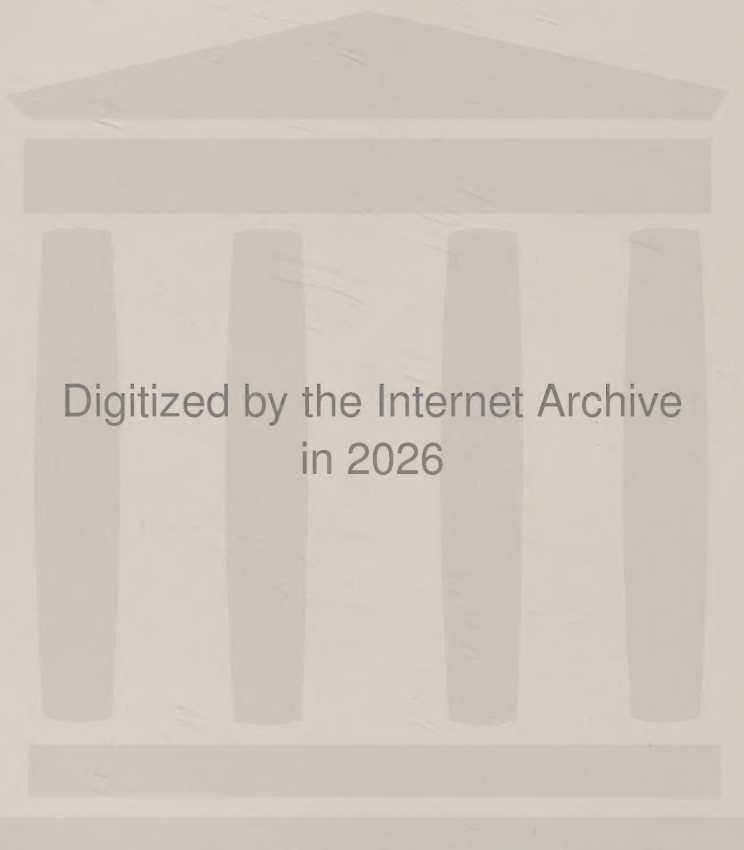
MM.
 ALAJOUANINE.
 BRULE
 CATHALA
 CHABROL
 CHEVALLIER..
 DONZELOT
 DUVOIR
 GASTINEL
 HUGUENIN
 LAROCHE (G.).
 LIAN
 MOREAU
 PIEDELIEVRE.
 SEZARY
 Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELIER
 DE GAUDART-
 D'ALLAINES.
 LEVEUF
 MOULONGUET.
 MOURE
 QUERU
 ECALLE
 METZGER
 PORTES
 VIGNES
 Clinique chirurgicale
 Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154007_0150

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection et de la reconnaissance que je leur dois.

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur DESNOYERS

Accoucheur des Hôpitaux

Chef de service à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau

*Qui a bien voulu nous communiquer les
observations de cette thèse et dont l'en-
seignement nous fut si précieux.*

*Témoignage de notre respectueux atta-
chement.*

A MES MAITRES A L'HOPITAL DE TOURS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Les pelvitomies, dont le but est d'agrandir la cavité pelvienne en vue de l'accouchement, peuvent être réalisées suivant divers procédés. Les uns se proposent de sectionner la partie osseuse du bassin : ce sont la pubiotomie ou section du pubis et l'ischio-pubiotomie, opération plus compliquée dans laquelle la scie doit trancher la branche horizontale du pubis et la branche ascendante de l'ischion. Les autres agissent sur la partie fibro-cartilagineuse ou symphyse pubienne : il s'agit alors de symphysiotomie, cette dernière pouvant être totale ou partielle.

Dans ce travail, nous nous proposons d'étudier la symphysiotomie partielle suivant la méthode de ZARATE. Pour ce faire :

1° Nous donnerons rapidement l'historique des diverses opérations proposées pour augmenter les diamètres du bassin au moment de l'accouchement ; opérations dont les dangers et les résultats peu brillants ont amené ZARATE à imaginer son procédé ;

2° Supposant connus la constitution et les rapports de la symphyse pubienne, nous soulignerons certaines notions anatomiques indispensables pour bien comprendre l'originalité du Zarate ;

3° Nous exposerons la technique et le mécanisme de la symphysiotomie partielle sous-cutanée ainsi que

diverses particularités opératoires et recommandations de certains accoucheurs ;

4° Nous passerons en revue les indications et contre-indications de la symphysiotomie partielle ;

5° Nous essayerons de montrer l'efficacité et l'innocuité du Zarate en envisageant l'accouchement après la symphysiotomie partielle et les résultats qu'on peut en espérer ;

6° Nous insisterons sur certaines conditions indispensables à l'efficacité et à l'innocuité de la méthode de Zarate ;

7° Nous relaterons et analyserons quelques observations de symphysiotomie partielle ;

8° Enfin, avant de conclure, nous verrons la place qu'il convient de réserver actuellement à la symphysiotomie partielle dans la thérapeutique obstétricale.

Les symphysiotomies partielles ayant fait l'objet de publications sont fort nombreuses, aussi n'avons-nous pas jugé nécessaire de multiplier les observations à l'appui de cette thèse.

Nous rapporterons seulement quatre cas de symphysiotomie à la Zarate pratiquée ces deux dernières années dans le service de notre Maître, M. le Docteur DESNOYERS, à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau. Toutefois, nous croyons intéressant de reproduire dans leurs détails les résultats des examens cliniques successifs afin de laisser entrevoir les difficultés qui se présentent à l'accoucheur ayant à choisir un mode de terminaison rapide du travail.

I. — HISTORIQUE

L'idée d'intervenir sur le squelette du bassin pour permettre l'accouchement est fort ancienne.

En 1753, ARBOSE D'ANDRIA, dans « une curieuse et désastreuse manœuvre », chez une femme enceinte avec bassin rétréci, voulut aider la nature en appuyant sa tête sur le sacrum et en tirant avec ses mains sur les crêtes iliaques : un craquement se fit entendre : une symphysiotomie se trouvait réalisée.

Plus tard, PLENCK, faisant l'autopsie d'une femme morte en travail, trouva un bassin très étroit et une tête fœtale solidement engagée. L'extraction de l'enfant par césarienne s'avéra impossible et PLENCK dut recourir à la synchronotomie.

Le cadavre d'une primipare âgée, morte après quatre jours de travail, servit à LACOURVÉE pour effectuer une symphysiotomie.

Mais il a fallu l'audace de SIGAULT pour faire franchir à la méthode le stade de la médecine opératoire. SIGAULT exécuta sa première symphysiotomie en 1777 sur une multipare rachitique ; le bassin mesurait 67 mm. de diamètre antéro-postérieur et les accouchements précédents s'étaient terminés par version podalique avec mort de l'enfant. L'opération de SIGAULT, couronnée de succès, fait date dans l'évolution de l'obstétrique française vers la voie chirurgicale. Elle déclencha un véritable enthousiasme, d'au-

tant plus que l'absence d'asepsie vouait la césarienne à des échecs à peu près constants.

Cependant, malgré les applaudissements de la Faculté de Médecine, la symphysiotomie fut rapidement déconsidérée, et cela pour plusieurs raisons. Mise à part l'hostilité de l'Académie de Chirurgie, rejetant sans même l'examiner le mémoire de SIGAULT, une série de cinq cas malheureux commença à jeter le discrédit. En outre, SIGAULT ne possédait pas une autorité scientifique suffisante pour mettre en valeur et soutenir sa méthode. Le fait d'en résumer les indications à « un vice de conformation considérable du bassin de la mère » contribua à lui attirer les plus violentes critiques.

BAUDELOQUE, considéré à juste titre comme son principal adversaire, soutint la thèse « an in partu propter augustiam pelvis impossibile ossium pubis secanda » et laissa entendre que les accidents répétés de la symphysiotomie firent douter SIGAULT lui-même de l'utilité de son intervention.

Les autres chirurgiens français ne manquèrent pas de s'intéresser à la symphysiotomie, mais, en connaissant très mal les indications, ils n'obtinrent pas de résultats satisfaisants. Au lieu de chercher à en perfectionner la technique en tirant profit de leurs échecs, ils délaissèrent purement et simplement ce moyen de terminer l'accouchement. D'ailleurs, les obstétriciens, divisés en césaristes et symphysiotomistes, s'adonnaient plus à la critique qu'aux recherches.

Malgré les communications de LEROY, élève de SIGAULT, qui réussit quelques symphysiotomies, la cé-

sarienne rallia les suffrages grâce à l'opposition passionnée et aveugle de certains auteurs, tels que LOUVERGNAT, soutenant l'impossibilité d'obtenir une augmentation du bassin par écartement des pubis, et BAMPS DE LEYDE, déclarant, après expériences sur le cadavre, que la séparation de l'amphiarthrose pubienne diminuait les diamètres dans beaucoup de cas.

Enfin, les conclusions de l'Ecole allemande furent toutes à la faveur des Césaristes : SIEBOLD, de Würtz-bürg, au cours d'une symphysiotomie chez une femme rachitique, dont le bassin mesurait 66 mm. de diamètre antéro-postérieur, ne parvint pas à sectionner la symphyse : était-elle ossifiée ou, et cela semble plus vraisemblable, avait-il commis une faute technique ? En tout cas, il dut recourir à la scie.

La première symphysiotomie faite en Italie par LAVAGUINO aboutit à la mort de la femme et de l'enfant. Il s'agissait d'une parturiente chez laquelle le diamètre promonto-rétro-pubien avait été évalué à 64 mm. On rapporte que le cadavre fut conduit la nuit à l'église pour éviter une manifestation hostile au chirurgien.

Ainsi, jusqu'à la moitié du XIX^e siècle, le monde entier, comme le dit si bien HERNANDEZ, « pensa sur la symphysiotomie avec le cerveau de BAUDELOQUE ».

Toutefois, il est curieux de constater qu'un élève de BAUDELOQUE, ASSALINI, préconisa la symphysiotomie après en avoir fixé savamment les limites. Il émit même des vœux pour qu'une loi obligea les accoucheurs à pratiquer cette opération à partir de trois pouces de rétrécissement du bassin.

De l'Ecole belge, avec CAMBON, nous vient, en 1780, la première observation de symphysiotomie itérative.

A cette même date, l'Espagnol Francisco CANNIVEL proposa d'intervenir sur la symphyse pubienne sans sectionner les téguments ; la méthode sous-cutanée était créée ; elle fut expérimentée par Antonio DELGADO, du Collège Royal de Cadix.

Ce progrès technique fut impuissant à réduire la mortalité fœtale. GALVIATTI crut en voir la raison dans l'empressement à extraire l'enfant, aussi enseigna-t-il d'abandonner l'expulsion au gré des contractions utérines pour permettre à la tête de l'enfant de s'adapter lentement au bassin et, par ce moyen, faire céder progressivement les symphyses sacro-iliaques toujours susceptibles de se déchirer sous l'influence d'une brusque distension.

Malgré les efforts de JAQUEMIER, conseillant de réserver la symphysiotomie aux bassins d'au moins 75 mm. de diamètre antéro-postérieur pour en écarter les dangers ; de FAURE-BIGUET, décrivant le procédé sous-muqueux de son maître IMBERT, l'opération de SIGAULT ne voyait guère son prestige se relever. De plus, les statistiques publiées de 1777 à 1849, basées sur 65 cas, comportaient une trop grande mortalité maternelle et fœtale pour être encourageantes ; ces faits expliquent pourquoi CAZEAX et JOULAN considéraient la symphysiotomie comme d'« intérêt historique ».

Comme le fait remarquer CHARPENTIER, les vrais auteurs du discrédit de la symphysiotomie étaient plutôt ses partisans que ses adversaires : ces derniers lui rendaient un énorme service en constatant rigoureusement les faits, tandis que ses partisans minaient l'opération dans sa base en la pratiquant lorsqu'elle était contre-indiquée.

A l'Ecole italienne, accusée par RLEINWACHTER de cultiver « cette funeste opération », revient l'honneur d'un regain d'actualité ; les 55 observations de symphysiotomie présentées par MORISANI, vers 1880, au Congrès de Rome, avec décès de deux parturientes et de trois enfants seulement, furent retenues par un grand nombre d'accoucheurs.

Dix ans plus tard, à propos d'une visite de SPINELLI à Paris, PINARD s'intéressa vivement et expérimenta la symphysiotomie à ciel ouvert avec le concours de VARNIER et de FARABEUF, dont le nom reste attaché aux études anatomiques sur la section de la symphyse pubienne.

La technique à ciel ouvert fournit un pourcentage de mortalité maternelle supérieur à 10 %. Mais cet insuccès ne fut pas un motif suffisant pour faire disparaître la symphysiotomie. Celle-ci continua d'être utilisée par l'Ecole de Naples, sans doute à cause de la fréquence des rétrécissements pelviens dans cette région.

ZWEIFEL, de Leipzig, se révéla un nouveau défenseur de l'opération en utilisant le procédé de MORISANI avec de légères variantes. Ce perfectionnement, expérimenté en 1906, fut accueilli avec faveur. En effet, à cette époque, dans la confusion des esprits et des indications opératoires, on se plaisait plus que jamais à comparer les divers moyens chirurgicaux susceptibles de terminer le travail ; et l'on opposait la césarienne, dont l'asepsie avait considérablement amélioré le pronostic, à l'accouchement provoqué prématuré et aux pelvitomies.

Le chirurgien français MARTEL, s'inspirant de l'hé-

botomie de DOVERLEIN, imagina une méthode et une instrumentation personnelles qui furent présentées au Congrès de Toulouse en 1910.

Rappelons que la pubiotomie de GIGLI et l'ischio-pubiotomie décrite par FARABEUF contribuèrent grandement à rendre les pelvitomies à l'ordre du jour. En 1918, FRANCK renouvela la vieille méthode de l'Espagnol CANNIVEL et de l'Italien PICCININI. FRANCK faisait une section sous-cutanée totale et complète de la symphyse pubienne. Ses publications, basées sur l'expérience de 142 cas, ne manquèrent pas d'attirer l'attention.

Remarquons que toutes les symphysiotomies, effectuées depuis SIGAULT jusqu'à FRANCK, fussent-elles à ciel ouvert ou sous-cutanées, sectionnaient la symphyse avec tous ses ligaments, sans aucun contrôle, et produisaient un diastasis ample et violent des os pubiens ; aussi conçoit-on que des maîtres de l'obstétrique française, tels que PAJOT, BUDIN, BAR et autres, aient préféré la césarienne ou l'accouchement prématuré.

Vers 1920, ZARATE, de Buenos-Ayres, produisit 21 observations de symphysiotomie d'après le procédé de FRANCK. Les recherches de ZARATE l'amènèrent rapidement à une conception personnelle, entièrement originale de la méthode ; elle se résume à une section sous-cutanée partielle de l'articulation pubienne. Le Zarate ne tranche que la partie inférieure (fibro-cartilage et arcuatum) et ménage un frein supérieur assez souple pour permettre un écartement modéré des pubis, assez résistant pour s'opposer à une disjonction excessive.

On peut dire que les statistiques de ZARATE et de ses collaborateurs, exposées au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens à Paris, en 1925, firent renaître définitivement la symphysiotomie.

Depuis, de nombreuses publications ont grandement contribué à la divulguer et à en préciser les indications. Actuellement, elle occupe une place bien déterminée dans la chirurgie obstétricale et, selon l'expression de REEB, « tout accoucheur moderne doit savoir pratiquer la symphysiotomie de ZARATE ».

II. — CONSIDERATIONS SUR LES RAPPORTS ANATOMIQUES DE LA SYMPHYSE PELVIENNE : ORIGINALITE DU ZARATE

La connaissance de la constitution anatomique et des rapports de la symphyse pubienne permet aisément de concevoir l'originalité du Zarate.

Cette symphysiotomie sous-cutanée, intra-capsulaire, sectionne progressivement et partiellement le frein inférieur anatomique (ligament arqué seulement) et réalise chirurgicalement à la partie supérieure de l'articulation un frein qui doit être conservé.

Le frein inférieur comprend : l'arcuatum, la lame sus-urétrale (expansion fibreuse de l'aponévrose périnéale moyenne) et le ligament de Henle.

Le frein supérieur anatomique est peu résistant : aussi importe-t-il d'en réaliser artificiellement. Dans ce but le bistouri attaque l'articulation un demi-centimètre environ au-dessous du bord supérieur de la symphyse et tranche le fibro-cartilage inter-pubien ainsi que le ligament arqué.

Les surfaces articulaires restent donc unies par :

— le ligament antérieur de l'articulation pubienne, les fibres supérieures de la capsule intriquées obliquement et transversalement ;

- l'insertion des muscles droit et surtout
- l'entrecroisement des piliers internes du canal inguinal ;
- enfin, la lame sus-urétrale et le ligament de Henle.

Pour mener à bien la symphysiotomie, il faut se souvenir de ces notions anatomiques, en particulier :

a) De l'existence du sillon compris entre les crêtes qui limitent en avant les surfaces articulaires, sillon d'un précieux secours pour situer exactement l'interligne articulaire ;

b) De la présence de reliefs osseux parcourant presque horizontalement les surfaces articulaires et susceptibles d'arrêter le bistouri lorsque ce dernier est enfoncé un peu obliquement ;

c) De la situation de la lame sus-urétrale qui protège l'urèthre ;

d) Du rôle de l'arcuatum, véritable clé de l'articulation ;

e) De la formation importante résultant de l'entrecroisement des piliers internes du canal inguinal ;

f) De la disposition latéro-articulaire des anastomoses artérielles qui ne peuvent être lésées dans une symphysiotomie bien conduite ;

g) Du développement considérable du plexus veineux de Santorini en arrière de la symphyse pubienne, mais séparé d'elle par une véritable bourse séreuse. Il ne risque pas d'être atteint puisque le Zaraté est une symphysiotomie intra-capsulaire ;

h) De la direction de la veine dorsale du clitoris isolée de la face inférieure de la symphyse par une couche de tissu celluleux ;

i) Enfin, il convient d'attirer l'attention aux certaines dispositions anatomiques anormales de la symphyse. Son ossification apparaît exceptionnelle. Peut-être plus fréquentes sont les déviations de l'interligne articulaire et le développement exagéré des saillies osseuses au niveau des surfaces pubiennes.

Toute l'originalité du Zarate réside donc dans le fait qu'il est capable, par une section sous-cutanée, partielle et intraligamentaire de la symphyse pubienne, de créer, sans hémorragie appréciable, un diastasis interpubien modéré, diastasis progressif et gradué grâce aux deux freins modérateurs.

Nous verrons de plus la simplicité technique de cette intervention qui peut être réalisée, le cas échéant, sur le lit de la parturiente.

III. — TECHNIQUE

Nous ne rappellerons pas la technique des symphyiotomies sous-cutanées de ZWEIFEL, FRANCK, KERER, HERNANDEZ ; ces procédés plus ou moins compliqués comportent un certain nombre de risques et sont actuellement déconsidérés.

Nous exposerons la méthode de ZARATE et nous soulignerons les quelques modifications conseillées par des spécialistes, en particulier par notre maître, M. le Docteur DESNOYERS.

§ 1. — TECHNIQUE

a) *Instruments.*

- Un bistouri ordinaire à lame de 4 cm. 1/2 à 5 cm. de long ;
- Une aiguille enfilée d'un crin ou de quoi poser une agrafe ;
- Une sonde en gomme.

b) *Soins pré-opératoires.*

La femme est mise sur la table d'opération en position gynécologique, c'est-à-dire jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur l'abdomen.

Les membres inférieurs sont confiés à deux aides qui les portent en abduction forcée.

La parturiente, une fois sondée, est anesthésiée (anesthésie générale ou rachidienne).

c) *Technique.*

Après aseptie du champ opératoire à l'iode, le chirurgien recherche avec les mains le bord supérieur de la symphyse et l'interligne articulaire. Il repère le point de ponction qui doit être situé à 5 mm. au-dessous du bord supérieur de la symphyse et le marque d'un coup d'ongle.

L'index et le médius gauche sont introduits dans le vagin ; ils latéralisent l'urèthre à droite, repoussent la présentation et appuyent sur la face postérieure de la symphyse.

Le bistouri, tenu comme un porte-plume, est introduit jusqu'à demi-lame perpendiculairement et dans le sens sagittal. Il ne sera retiré qu'une fois l'intervention complètement terminée.

L'opérateur commence alors à sectionner le fibro-cartilage en imprimant au bistouri des mouvements d'oscillation sans agrandir le point d'entrée ; la pointe dirigée obliquement et progressivement vers le bas transmet une sensation granuleuse (CATHALA).

Une fois le fibro-cartilage coupé, le bistouri, toujours maintenu en position oblique, attaque l'arcuatum dont la résistance fibreuse contraste avec celle du ligament inter-pubien.

Lorsque les fibres supérieures du ligament arqué ont cédé, la lame prend un certain jeu dans son trajet descendant, indice d'un léger degré d'écartement, trop faible cependant pour être perçu par les doigts vaginaux.

A partir de ce moment, la plus grande prudence s'impose : les dernières fibres de l'arcuatum doivent être tranchées très doucement tandis que les aides maintiennent l'abduction forcée.

Quand toute la lame du bistouri a disparu dans le trajet intra-ligamenteux, la symphyse commence à s'ouvrir avec de petits craquements. Les doigts intravaginaux en apprécient l'écartement.

Souvent, et surtout si la ponction de l'articulation a été trop basse, l'écart se révèle insuffisant malgré une accentuation de l'abduction forcée. Dans ce cas, il y a lieu d'attaquer le frein supérieur chirurgical. Pour ce faire, sans sortir la lame de l'articulation, le manche du bistouri est fortement abaissé. La pointe ainsi relevée va gratter doucement et avec prudence pour couper ce qui peut rester du fibro-cartilage et quelques fibres inférieures du frein supérieur.

Ordinairement, on obtient un diastasis endo-pubien d'un travers de doigt environ, ce qui correspond à un écartement antérieur de 3 cm. 1/2.

L'opération terminée, on retire le bistouri. Les doigts vaginaux et le pouce gauche arrêtent par compression l'hémorragie minime produite (25-60 gr.). L'incision est réparée par un crin ou une agrafe.

d) *Terminaison de l'accouchement.*

L'opérée doit garder la position gynécologique jusqu'à la fin de l'accouchement.

Dans la majorité des cas, après la symphysiotomie, la présentation s'engage rapidement et, une fois l'excavation franchie, l'expulsion se fait assez vite.

Parfois la rigidité des parties molles (fréquente chez la primipare) oblige à pratiquer une épisiotomie ; les contractions utérines ont besoin d'être réveillées par une injection de lobe postérieur d'hypophyse ; nous réservons pour un autre chapitre les diverses éventualités concernant l'accouchement après la symphysiotomie.

Le travail terminé, il reste à vérifier l'intégrité des parties molles par le toucher vaginal ; de la vessie et de l'urèthre par un sondage.

Enfin la femme est couchée les jambes étendues sans mettre de bandage compressif du bassin. ZARATE préconise seulement de lui attacher les genoux pour que les deux membres inférieurs restent réunis.

§ 2. — MÉCANISME DE LA SYMPHYSIOTOMIE DE ZARATE. AMPLIATION PELVIENNE OBTENUE

Des expériences faites sur le cadavre par ZARATE et par VON DER HORST ont permis de bien comprendre le mécanisme de la symphysiotomie partielle.

Que se passe-t-il dans le Zarate ?

Le bistouri, qui ne quitte pas la capsule articulaire, sectionne successivement :

- le ligament antérieur de l'articulation ;
- le fibro-cartilage ;
- l'arcuatum (la rupture des dernières fibres se produit sous l'influence de la poussée de la présentation et de l'abduction forcée).

Le diastasis obtenu sans brusquerie est limité par le ligament chirurgical en haut ; par la lame sus-urétrale et le ligament de Henle en bas. Ce dernier se tend progressivement, se décolle de la symphyse et entraîne en s'abaissant les racines du clitoris et l'urèthre, les faisant ainsi échapper à l'action du bistouri.

On ne saurait trop insister sur l'élasticité des ligaments de l'articulation pubienne. Cette élasticité conditionne essentiellement le diastasis et le limite. La symphysiotomie terminée, les ligaments reprennent

leurs dimensions primitives ; ils maintiennent les surfaces articulaires et de ce fait évitent le chevauchement et la pseudarthrose.

Le mécanisme de la symphysiotomie partielle laisse présager de l'ampliation pelvienne qu'elle peut produire.

Nous ne citerons pas les mensurations de FARABEUF, qui se rapportent à la section totale de la symphyse pubienne.

L'opération de ZARATE donne un écartement de 3 cm. 1/2 environ (d'après ZARATE l'ouverture de la symphyse pourrait atteindre 5 cm.).

Le bassin symphysiotomisé équivaut pratiquement à un bassin dont le diamètre promonto-rétro-pubien serait supérieur d'un centimètre. Les diamètres transverses des différents détroits croissent d'une quantité à peu près égale à la moitié de l'écartement pubien.

§ 3. — PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES

ET RECOMMANDATIONS DE CERTAINS ACCOUCHEURS

— SANTOS (de Rio-de-Janeiro) préconise, pour mieux contrôler le chemin du bistouri dans « l'étui symphysaire », l'application du pouce de la main gauche dont l'index et le médus sont en arrière de la symphyse pour écarter l'urèthre, sur la face antérieure de la symphyse.

— M. DESNOYERS n'utilise pas l'abduction forcée provoquée par les aides : la symphyse s'ouvrant d'elle-même sous l'influence de la poussée utérine, lorsque toutes les fibres interpubiennes sont sectionnées. De plus, il maintient dans l'urèthre pendant l'intervention une sonde en gomme. De cette façon,

l'urèthre reste toujours perceptible et le travail des doigts vaginaux en est grandement facilité. Le rôle des doigts intra-vaginaux est très important ; non seulement ils refoulent la vessie et latéralisent l'urèthre, mais permettent encore de contrôler, à travers la paroi vaginale, la course du bistouri. En effet, le toucher perçoit les petites brides pouvant encore s'opposer à l'ouverture de la symphyse, brides qu'il convient de trancher avec la plus grande prudence.

M. DESNOYERS conseille l'anesthésie au chlorure d'éthyle ; le sommeil, très vite obtenu, est toujours suffisant pour cette opération et le réveil rapide permet à la femme des efforts d'expulsion efficaces.

Enfin, nous l'avons toujours vu appliquer après la symphysiotomie, une ceinture de Gigli.

— M. SEGUY insiste sur la conservation intégrale de l'arcuatum. Si, dit-il, « au cours de l'intervention, on sectionne l'arcuatum, même partiellement, ce n'est plus un Zarate que l'on aura pratiqué, mais un autre mode de symphysiotomie sous-cutanée qui exposera à peu près aux mêmes risques que la symphysiotomie des classiques. Mais ce n'est pas tout de respecter le ligament arqué, il faut encore le conserver intact jusqu'à la sortie de l'enfant ».

— Certains auteurs signalent que le point de ponction fixé par ZARATE n'est pas immuable suivant que la femme est maigre ou grasse ; le point de repère sera d'autant plus bas que la femme est plus grasse.

— Sans discuter ici la question de l'agrandissement du bassin à échéance lointaine procuré par le Zarate, il nous faut signaler ici l'opération d'Henri

DELAGENIÈRES, laquelle se propose de compléter la symphysiotomie partielle sous-cutanée par une greffe ostéopériostique susceptible de réaliser avec certitude l'agrandissement définitif du bassin.

En 1936, Yves DELAGENIÈRES a rapporté, tant à l'Académie de Médecine qu'à l'Académie de Chirurgie, plusieurs cas d'élargissement définitif du bassin après symphysiotomie suivie d'une opération qu'il préconise et qui permet ultérieurement des accouchements spontanés. « La symphysiotomie simple, dit-il, me semble devoir être aujourd'hui complétée par une intervention facile et plus rationnelle : l'élargissement définitif du bassin. Cet élargissement assuré et maintenu par des greffons ostéopériostiques d'Henri DELAGENIÈRES, unissant les surfaces angulaires des pubis, donne aux opérées, d'une part, une statique excellente qui permet les travaux les plus durs, d'autre part, la possibilité d'accouchements ultérieurs spontanés entièrement normaux ».

IV. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

§ 1. — INDICATIONS

La symphysiotomie partielle sous-cutanée ne peut être faite qu'à dilatation complète ou facilement complétable ; qu'après rupture de la poche des eaux. Elle exige en outre un état fonctionnel suffisant de l'utérus pour permettre la terminaison spontanée de l'accouchement, ainsi que la souplesse des parties molles. Nous ne nous arrêterons pas à ces conditions qui apparaissent évidentes.

Nous distinguerons des indications certaines et des indications possibles.

I. — INDICATIONS CERTAINES.

Les dystocies osseuses réalisent l'indication la plus ancienne de la symphysiotomie. Elles répondent :

1° *Aux bassins limites* : ,

— Bassins rachitiques :

plats ;

généralement rétrécis, annelés, canaliculés ;

rétrécis et aplatis ;

symétriques ou légèrement asymétriques.

— Bassins cyphotiques.

Cependant, il ne faut pas croire qu'il faille systématiquement envisager la symphysiotomie en pré-

sence de tels bassins ; il importe de considérer le degré de rétrécissement au niveau des différents détroits.

a) *Au détroit supérieur :*

Le Zarate s'impose lorsque la mensuration d'un bassin plat révèle un conjugué obstétrical supérieur ou égal à 8 cm. 1/2 (au besoin 8 cm.). Avec les bassins généralement rétrécis ou canaliculés, on doit exiger au moins 9 cm.

Naturellement, ces chiffres s'appliquent au cas d'une présentation eutocique, réalisant certaines conditions sur lesquelles nous reviendrons. Insistons cependant sur le fait que la présentation ne doit pas déborder ou insensiblement le plan de la symphyse.

b) *Au détroit moyen :*

La section de la symphyse pubienne suffit à rétablir la progression de la tête fœtale arrêtée du fait d'un rétrécissement transversal léger ou d'une saillie exagérée des épines sciatiques.

c) *Au détroit inférieur :*

Les rétrécissements du détroit inférieur avec diamètre bi-ischiatique égal ou supérieur à 8 cm. sont très améliorés par la symphysiotomie. La dystocie au niveau du détroit inférieur s'observe fréquemment dans les bassins cyphotiques.

Les chiffres que nous avons cités pour les diamètres des bassins limites ne signifient pas grand'chose en réalité. Ils ne précisent qu'une des données du problème : l'autre, très importante, le volume fœtal, restant à évaluer.

2° *Aux disproportions fœto-pelviennes :*

L'impossibilité pour la tête fœtale de se réduire

suffisamment pour traverser le bassin constitue la plus importante peut-être des indications de la symphysiotomie.

Nous n'insisterons jamais assez sur le fait que la disproportion fœto-pelvienne doit être légère. Elle s'observe non seulement en cas de bassin limite, mais aussi avec des bassins parfaitement normaux. Le meilleur exemple de disproportion fœto-pelvienne que l'on puisse donner s'adresse aux multipares donnant le jour à des enfants de plus en plus gros : les accouchements s'avèrent de plus en plus difficiles et, devant l'inefficacité rapide du forceps, la symphysiotomie partielle est d'un précieux secours.

La disproportion fœto-pelvienne peut encore résulter d'un état de déflexion de la tête, de son ossification exagérée, de sa position. Quoi qu'il en soit, cette disproportion s'apprécie par le palper mensurateur de PINARD. En pratique, l'estimation du rapport fœto-pelvien à la fin de la grossesse est le plus souvent optimiste, aussi est-ce pendant le travail, après la rupture des membranes, que ce palper mensurateur prend toute sa valeur. Cependant, il ne permet pas une évaluation rigoureuse ; c'est affaire d'impression, d'expérience, de comparaison, et ceci demande un certain entraînement à la pratique obstétricale.

3° Aux dystocias prévues de la tête dernière :

La symphysiotomie constitue la meilleure prophylaxie des dystocias prévues de la tête dernière. Naturellement, elle ne saurait s'appliquer aux cas où il existe un bassin nettement rétréci. En général, il s'agit d'un gros fœtus se présentant par le siège ; le

bassin de la mère est parfaitement normal, mais l'examen clinique révèle une tête volumineuse plus ou moins ossifiée qu'on est certain de ne pouvoir extraire malgré la manœuvre de CHAMPETIER et que le forceps risquerait de traumatiser gravement. Dans ce cas, le Zarate est le procédé qui ménage au mieux les intérêts de la mère et de l'enfant.

II. — INDICATIONS POSSIBLES.

Nous voulons parler de cas disparates où le Zarate prend le pas sur d'autres interventions fort préjudiciables, soit à la mère, soit au fœtus, soit aux deux à la fois ; qu'il s'agisse d'une césarienne mutilatrice, d'une application difficile de forceps au détroit inférieur ou dans l'excavation, ou d'une manœuvre de CHAMPETIER de Riber. Ce seront :

1° *Les cas impurs de dystocie pelvienne relative :*

Où la poche des eaux est rompue depuis longtemps et l'œuf infecté par des touchers répétés et souvent suspects. Dans ces conditions, lorsque le travail ne progresse pas, l'accouchement peut être terminé par différents procédés :

- forceps ;
- césarienne basse ;
- symphysiotomie.

Le forceps. — L'enfant subit souvent un traumatisme important au cours des manœuvres d'application et de traction du forceps. On risque de l'extraire mort ou atteint d'hémorragie méningée. Quant à la mère, au cours des manœuvres de rotation souvent nécessaires, elle risque des déchirures importantes des parties molles et en particulier la rupture utérine

par propagation de déchirure du col. Souvent, et surtout lorsque la tête est au détroit supérieur, le forceps échoue, où, s'il réussit, s'apparente alors à une basiotripsie.

La césarienne semblerait l'idéal, mais l'infection doit la faire rejeter à cause des risques qu'elle fait courir à la mère. Nous verrons ci-dessous qu'elle perd encore de l'intérêt lorsque la souffrance fœtale implique l'intervention.

Reste la symphysiotomie : Classiquement, la symphysiotomie doit être effectuée en l'absence d'infection utérine. Mais, comme le dit M. DESNOYERS, il y a lieu de donner à ce sujet des précisions. « Lorsqu'une femme en travail présente des signes d'infection, amniotique grave, marquée, pour fixer les idées, par une température de 39° ou 40°, les risques de la symphysiotomie sont probablement aggravés, mais certainement beaucoup moins que lorsque l'intervention est abdominale.

« D'autre part, lorsque l'infection est minime (température à 38°) ou même latente (membranes rompues depuis de nombreuses heures : 10, 15 heures et plus), les risques de la césarienne se trouvent multipliés alors que ceux de la symphysiotomie ne paraissent pas sensiblement augmentés ».

2° *Les cas de dystocie pelvienne relative où la césarienne est contre-indiquée.*

L'éventualité d'une césarienne peut être écartée du fait de l'état médical de la femme. Nous n'insisterons pas sur ce point. Nous retiendrons ici la souffrance fœtale dont l'urgence appelle une intervention rapide. La césarienne est trop longue (souvent même

les bruits du cœur fœtal disparaissent pendant le temps où l'on conduit la parturiente à la salle d'opération) ; seule la symphysiotomie, par sa rapidité de préparation, d'anesthésie et de technique, permet d'extraire un enfant vivant. Soulignons ici l'amélioration des bruits du cœur sous l'influence de l'écartement symphysaire obtenu, et l'expulsion spontanée observée dans la plupart des cas.

3° *Les dystocies imprévues de la tête dernière au cours d'un accouchement par le siège ou d'une grande extraction de siège après version (BRINDEAU).*

La symphysiotomie est le seul procédé pour supprimer cette dystocie habituellement fatale au fœtus. Tout en permettant d'attendre jusqu'au dernier moment la possibilité d'un accouchement spontané, elle permet de lever l'obstacle avec toute la rapidité nécessaire. Cet obstacle peut siéger aux différents détroits :

a) *Au détroit supérieur* : Si la manœuvre de CHAMPETIER, essayée avec douceur, s'avère impuissante à favoriser l'extraction de la tête, il faut sans hésiter recourir au Zarate.

b) *Dans l'excavation* : La tête dernière risque de s'enclaver dans un bassin canaliculé.

c) *Au détroit inférieur* : La progression de la tête dernière peut être arrêtée lorsque le diamètre bischiatique est trop faible ; la manœuvre de MORICEAU devient impossible ; seule la symphysiotomie apporte remède à cet état.

4° *Certaines présentations defectueuses persistantes.*

Nous voulons parler des présentations de la face

en mento-postérieure, ne faisant pas leur rotation intra-pelvienne ; des présentations du front enclavées vues encore à temps au point de vue de la vitalité fœtale. Dans ces cas, la déflexion de la tête détermine, même dans un bassin normal, une disproportion céphalo-pelvienne accidentelle rendant les applications de forceps toujours pénibles et extrêmement dangereuses. Le danger sera encore plus grand si la tête est enclavée dans un bassin limite, généralement rétréci.

La symphysiotomie, comme le dit M. le Professeur COUVELAIRE, « est une opération bénigne qui devrait définitivement remplacer l'application de forceps sur la tête enclavée dans la partie haute du bassin généralement rétréci ».

Un autre mode de présentation défectueuse est réalisé par la dystocie des épaules au détroit supérieur quand l'abaissement des bras se révèle impossible (M. LE LORIER). Là encore, le procédé de Zarate permet, grâce à la brièveté de ses préparatifs et sa rapidité d'exécution d'obtenir un enfant vivant.

5° *Des indications de la symphysiotomie seront dictées par certaines circonstances.*

a) Dans les procidences du cordon irréductibles, le pronostic peut parfois se trouver grandement amélioré grâce au Zarate (MICHELON).

b) La symphysiotomie, bien que ce soit très risqué, est susceptible d'être associée à la césarienne vaginale.

c) Il arrive que la méthode de ZARATE prenne le pas sur la césarienne, lorsque la dystocie, étant modérée, la femme appréhende l'intervention par voie abdominale.

d) Enfin, une dernière indication de la symphysiotomie est tirée de la nécessité d'une intervention rapide sur un bassin limite en milieu non chirurgical. Supposons une parturiente avec bassin modérément rétréci, vue à son domicile en plein travail, à dilatation complète, avec une présentation qui ne s'engage pas. Que faire ?

— Rompre la poche des eaux et faire un forceps au détroit supérieur ? Nous avons déjà montré que pareille intervention, excessivement meurtrière pour l'enfant, était à rejeter.

— Rompre la poche des eaux et faire une version par manœuvres internes ? On risque alors une dystocie de la tête dernière.

— Transporter la femme en milieu chirurgical en vue d'une césarienne ? On s'expose à une rupture spontanée des membranes ; et, mise à part une proci-dence du cordon toujours possible, l'hystérotomie ne sera pas pratiquée dans les conditions les plus favorables.

— Reste la symphysiotomie partielle : celle-ci peut être faite sur le lit même de la parturiente avec, pour toute instrumentation, un simple bistouri.

§ 2. — CONTRE-INDICATIONS

Nous étudierons, dans ce paragraphe, les contre-indications formelles de la symphysiotomie partielle tenant : à la mère, au fœtus et à la fois à la mère et au fœtus.

1° *Contre-indications tenant à la mère.*

A) *Du côté du bassin :*

Nous retiendrons deux cas s'opposant absolument à la réalisation du Zarate :

a) *D'une part*, les rétrécissements pelviens marqués, c'est-à-dire les bassins ayant un diamètre promonto-rétro-pubien au-dessous de 8 cm. pour les bassins plats, au-dessous de 9 cm. pour les bassins canaliculés. En effet, la symphysiotomie n'entraîne qu'un faible agrandissement des différents détroits. De plus, nous avons vu, à propos du mécanisme, que l'écartement pubien trop poussé (supérieur à 4 cm.) risque d'entraîner de graves lésions du côté des parties molles et des articulations sacro-iliaques.

b) *D'autre part*, l'ankylose des articulations sacro-iliaques qui s'oppose à l'élargissement du bassin. Cette ankylose reconnaît une origine mécanique ou infectieuse. Nous citerons :

- les arthrites sacro-iliaques ;
- la sacro-coxalgie ;
- les malformations sacro-iliaques observées chez certaines scoliotiques, dans le bassin de Naegelé.

B) *Du côté des parties molles :*

Les contre-indications résultent soit de la rigidité du canal cervico-segmentaire, soit surtout de l'atrésie vaginale accentuée, ne pouvant être améliorée par épisiotomie. Il est à remarquer que l'atrésie vaginale va souvent de pair avec les bassins rétrécis, particulièrement les bassins cyphotiques, constituant une des meilleures indications de la symphysiotomie partielle.

C) *Du côté de l'utérus :*

Nous citerons les obstacles prævia (placenta, tumeurs), qui aggravent le pronostic de l'accouchement

quel que soit le mode d'intervention envisagé. Nous insisterons surtout sur les vices de la contractilité utérine : à savoir l'inertie ou la contracture. La symphysiotomie sous-cutanée partielle ne sera envisagée que lorsqu'on escompte à sa suite un accouchement spontané. Notons enfin l'absence de dilatation du col utérin (le Zarate suppose, nous l'avons vu, la dilatation complète ou facilement complétable) et retenons la rigidité œdémateuse ou cicatricielle du col.

2° *Contre-indications tenant au fœtus.*

Il ne saurait être question de pratiquer une symphysiotomie partielle en cas de :

— mort du fœtus (dans ce cas recourir à la basiotripsie) ;

— présentation de l'épaule sans liquide amniotique ;

— hydrocéphalée et tout excès considérable de volume céphalique ou total.

3° *Contre-indications tenant à la fois à la mère et à l'enfant.*

Elles se résument à une disproportion fœtus-bassin considérable ; qu'il s'agisse d'une viciation pelvienne marquée avec une tête normale, ou d'un bassin normal avec une présentation particulièrement volumineuse, tous cas qui relèvent de la césarienne.

§ 3. — NE SONT PAS DES CONTRE-INDICATIONS

Sous ce titre, nous allons rappeler divers cas considérés par certains comme indications relatives.

Tout d'abord, la question de la primiparité :

La primiparité ne paraît pas être un obstacle à la

symphysiotomie partielle. Chez la multipare, il est vrai, les tissus plus souples, plus expansibles sont mieux préparés à suivre l'agrandissement du squelette pelvien et à subir les pressions d'une tête qui, sous l'influence d'une contraction utérine, s'engage rapidement, bien qu'à frottement dur, dans le bassin. Les parois de la primipare, au contraire, résistantes et peu élastiques, surtout dans les bassins rétrécis, risquent d'être mises à dure épreuve. Dans ces cas, l'épisiotomie préventive permettra de faire bénéficier la malade de l'intervention sans le risque de ces éclatements vaginaux importants qui sont toujours la grande menace des dégagements dans de pareilles conditions. Cette conduite est d'ailleurs justifiée par le faible écartement que procure le Zarate.

Nous ne reviendrons pas sur l'infection amniotique ; nous avons vu ce qu'il faut en penser à propos des indications possibles.

La section partielle de la symphyse ne doit être commencée théoriquement qu'à dilatation complète. Ce serait une erreur toutefois de prendre ce terme à la lettre : ce qu'il faut souligner, c'est l'intérêt d'intervenir à une dilatation aussi avancée que possible. Remarquons que la dilatation reste souvent stationnaire du fait d'une présentation élevée n'appuyant pas sur le col. La symphysiotomie, en levant l'obstacle, peut donc favoriser la reprise de la dilatation. Lorsque, dit M. LE LORIER, « chez une femme en travail ayant un détroit supérieur rétréci, si deux heures après la rupture des membranes la présentation ne vient pas s'appuyer sur l'orifice utérin et le dilater malgré de bonnes contractions utérines, il

faut faire une pelvitomie. Il reste sous-entendu qu'il n'y a qu'une faible disproportion entre la tête et le bassin ».

Enfin, quoi qu'en disent certains auteurs, les ptosiques ne sauraient être privées des avantages de la symphysiotomie partielle. Certes, ces femmes à tissus friables sont-elles plus exposées que les autres aux petites complications post-opératoires, mais ce n'est pas là une raison suffisante pour éliminer chez elles systématiquement le procédé de Zarate.

V. — EFFICACITE ET INNOCUITE DU ZARATE

Pour montrer la bénignité de la méthode de ZARATE, nous ne pouvons mieux faire que d'exposer la bonne marche de l'accouchement après la séparation des surfaces pubiennes et les résultats qu'elle permet d'obtenir. Nous verrons que les incidents observés n'ont généralement pas de suites fâcheuses. Quant aux complications graves, elles restent tout à fait exceptionnelles.

  1. — L'ACCOUCHEMENT APRÈS LA SYMPHYSIOTOMIE PARTIELLE

En principe, après la symphysiotomie, l'accouchement doit se faire spontanément. L'écartement des pubis ne semble pas rendre la période d'expulsion plus douloureuse comme le prétendait SCHANTA. Pratiquement, tout dépend de la valeur des contractions utérines.

1  *Contractions utérines efficaces.*

Aussitôt après l'écartement pubien, la présentation s'engage. La parturiente est maintenue en position gynécologique et, au réveil, invitée à pousser dès la première douleur. Lorsque la dilatation est complète, l'accouchement se termine en moyenne en un quart d'heure ou vingt minutes. Si la dilatation est incom-

plète, elle se termine sous l'influence de la poussée céphalique. Les cas nécessitant une dilatation artificielle ou des incisions du col sont heureusement exceptionnels : la dilatation suffisante est une des principales conditions de la bonne réussite de la symphysiotomie partielle. Rappelons que le manque de souplesse du périnée commande de larges épisiotomies prophylactiques.

D'après ZARATE, on observe dans l'accouchement, après la symphysiotomie, une petite particularité dans la descente et la rotation de la tête. Cette rotation ne se complète pas, la tête termine sa descente et s'expulse en position oblique.

2° Contractions utérines insuffisantes.

Parfois, alors que la tête est bien descendue, et après contact parfait avec le col, les contractions utérines restent irrégulières et faibles. Le plus souvent, l'injection de post-hypophyse suffit à réveiller les douleurs et à hâter l'accouchement spontané. Les réactions à l'hypophyse sont très variables, toutefois l'expérience prouve que des doses minimales ($1/4$ ou $1/8$ de cc.) permettent d'obtenir le résultat recherché. Ajoutons que certains accoucheurs font suivre systématiquement l'intervention d'une injection de ce produit.

Un cas plus délicat est celui de la souffrance fœtale survenant après la symphysiotomie. Cette éventualité a surtout l'occasion de se produire chez la primipare où un laps de temps assez long est nécessaire à la fin de l'accouchement. Que faire ? Le plus sage est de temporiser le plus possible, de manière à éviter les risques que peut faire courir à la mère et à l'enfant une application de forceps.

Du côté maternel, le forceps peut entraîner une augmentation du diastasis interpubien et des délabrements graves des parties molles. Du côté fœtal, cette intervention peut parfois être la source de traumatismes toujours ennuyeux. Néanmoins, lorsque la vie de l'enfant est en danger imminent, il faut terminer artificiellement le travail ; le forceps sera utilisé, mais avec la plus grande douceur. On recommande à ce sujet de pratiquer une large épisiotomie préventive, de faire la prise suivant un diamètre oblique, de demander à la femme de rapprocher les cuisses pendant la descente de la tête, enfin, d'amorcer la rotation lorsque la tête est arrivée dans le bassin mou.

Remarquons qu'en pareil cas, l'application du forceps se fait sur une tête engagée ; les accidents du forceps étant surtout l'apanage des prises hautes au détroit supérieur.

Nous avons envisagé le cas de l'accouchement post-symphysiotomique d'une présentation céphalique. Les différentes manœuvres susceptibles d'être employées dans les autres présentations n'offrent pas de difficultés particulières.

3° *La délivrance après la symphysiotomie partielle.*

Elle se fait, comme après tout accouchement, sans aucun incident relevant de la symphysiotomie puisque celle-ci n'intéresse pas l'utérus.

4° *Les suites de couches après la symphysiotomie.*

Nous avons déjà dit, à propos de la technique, qu'une immobilisation relative de la symphyse était suffisante : en général, on se contente de réunir les genoux de la parturiente.

Du troisième au cinquième jour, on peut faire exécuter à l'opérée des mouvements d'élévation du talon. Le lever se fait du dixième au vingtième jour, parfois même plus précocement. La marche est reprise progressivement. Disons ici qu'on peut parfois observer au premier lever un peu de fatigue ou de dandinement, surtout chez quelques malades particulièrement craintives, mais ces troubles s'amendent très rapidement. Souvent d'ailleurs, ces petits troubles sont d'origine psychologique, aussi ne doit-on jamais en prévenir les parturientes.

§ 2. — LES RÉSULTATS DE LA SYMPHYSIOTOMIE PARTIELLE

Nous envisagerons successivement les résultats maternels et fœtaux immédiats et éloignés.

I. — *Résultats maternels.*

1° *Résultats immédiats :*

— La mortalité est très faible et tient toujours à d'autres causes qu'à l'opération elle-même. Selon ZARATE, elle doit être nulle.

— La morbidité est ordinairement peu importante. Elle peut tenir soit à des causes extrinsèques qu'il n'y a pas lieu d'envisager ici, soit à l'opération, auquel cas il faut distinguer des incidents immédiats et des incidents secondaires.

A) *Incidents immédiats :*

Ils sont rares et presque toujours en rapport avec une erreur de technique. Ce sont :

a) *Des hémorragies :* Nous n'insisterons pas sur l'hémorragie minime produite au cours de l'intervention ; nous nous arrêterons seulement à l'hémorragie

plus abondante due à la section de la veine dorsale du clitoris ou de ses branches, hémorragie facile à arrêter, souvent même par simple compression. L'atteinte du plexus de Santorini suppose une faute technique considérable puisque la symphysiotomie à la Zarate doit rester intra-capsulaire.

b) *Des plaies du vagin* : Peu fréquentes, elles intéressent seulement la paroi antérieure du vagin. Sa principale cause, l'atrésie des parties molles, devient une contre-indication lorsqu'elle est particulièrement marquée. Les plaies du vagin résultent souvent du dégagement d'une tête très ossifiée et surtout d'une application de forceps trop brutale. Quand elles sont en rapport avec l'acte opératoire, il faut incriminer une section trop rapide de la symphyse. De toute façon, ces plaies guérissent très facilement.

c) *Des blessures de l'urèthre et du col de la vessie* : Elles sont rares au cours de la symphysiotomie partielle si les doigts intra-vaginaux latéralisent fortement l'urèthre. Ici encore, c'est souvent après une application de forceps, surtout chez les primipares, que l'urèthre peut être déchiré, à la suite d'un éclatement du ligament de Henle. L'urétrorragie est la signature d'une atteinte des voies urinaires aussi, et nous l'avons vu, doit-on toujours sonder la femme dès que l'accouchement est terminé.

Les blessures de l'urèthre sont en général légères et la guérison s'obtient rapidement par la pose d'une sonde à demeure. Méconnues, elles favorisent les abcès pré-symphysaires et évoluent vers la fistule urinaire.

Enfin, il faut citer :

d) *L'échec de la symphysiotomie partielle* : Le fait est rarissime et ne peut exister qu'en cas d'indications vraiment défectueuses ou de disposition anatomique anormale de la symphyse pubienne.

S'il est toujours regrettable de pratiquer une opération inutile, nous ferons remarquer que la méthode de ZARATE n'aggrave pas le pronostic d'une autre intervention consécutive.

En 1936, M. DESNOYERS a publié deux observations dans lesquelles la symphysiotomie partielle a été impuissante à lever la dystocie.

Dans la première, la symphysiotomie ne put être terminée du fait de la morphologie particulière de l'articulation pubienne (le bistouri fut arrêté par un pont osseux). Une pubiotomie a permis d'extraire un enfant vivant.

Dans la seconde, il s'agissait d'une primipare à bassin-limite généralement rétréci. L'engagement de la présentation ne se produisit pas malgré la symphysiotomie et, six heures après, une césarienne segmentaire fut pratiquée : extraction d'un enfant vivant. Suites sans incidents : « Nous pensons, dit M. DESNOYERS, que l'indication de symphysiotomie a été, dans ce dernier cas, posée un peu hâtivement, la dilatation cervicale n'étant pas, chez cette primipare, suffisamment avancée. Il eût peut-être été possible de terminer l'accouchement par voie basse en pratiquant des incisions du col, suivies d'une application de forceps. Nous avons estimé cette technique trop risquée et reculé devant la possibilité de lésions graves, utérines ou vésicales ».

B) *Incidents secondaires :*

Il est exceptionnel qu'ils entraînent des conséquences fâcheuses. On peut observer :

a) *Des hématomes :* L'hématome pré-symphysaire ne saurait avoir l'importance de l'hématome rétro-pubien de la pubiotomie. Peut-être plus fréquent est l'hématome des grandes lèvres.

Du fait de leur siège ces hématomes évoluent toujours favorablement.

b) *L'œdème des grandes lèvres :* Souvent en rapport avec une infiltration sanguine due généralement à une lésion des troncs lymphatiques de la région symphysaire. Dans la majorité des cas, il rétrocede rapidement. Parfois, il peut annoncer le début de :

c) *L'abcès pré-symphysaire :* L'abcès pré-symphysaire peut, comme nous l'avons vu, être la signature d'une lésion de l'urèthre, mais son étiologie la plus fréquente réside dans la transformation purulente d'un hématome. transformation d'ailleurs imputable à une faute d'asepsie. Ordinairement peu volumineux, il se draine facilement après incision.

d) *Les troubles urinaires :* L'incontinence légère d'urines survenant à la toux et à l'effort s'observe parfois dans les premiers jours mais disparaît rapidement.

e) *Les suites fébriles :* Elles n'existent qu'en cas de symphysiotomies effectuées malgré un début d'infection ou une infection latente du fait de la rupture précoce des membranes, des touchers suspects et répétés, d'une légère ascension thermique. Elles sont donc indépendantes de l'intervention ; la meilleure preuve en est qu'elles s'observent aussi bien, dans

ces cas, à la suite du forceps ou de la césarienne, voire même après un accouchement normal.

Enfin, nous signalerons :

f) *La thrombo-phlébite* : Certes une lésion des corps caverneux du clitoris ou des veines de la région peut en être la cause (faute technique). Mais le plus souvent, il n'y a pas lieu d'incriminer la symphysiotomie. La phlébite relève de l'infection utérine et se recontre aussi bien dans une césarienne basse ou dans n'importe quelle autre intervention obstétricale.

2° Résultats éloignés.

Nombre d'accoucheurs critiquent la symphysiotomie partielle à cause de ses résultats maternels éloignés. On ne saurait certes nier l'existence de complications tardives, mais y a-t-il beaucoup d'interventions chirurgicales qui en soient exemptes ?

Ajoutons de plus que ces complications sont surtout l'apanage des techniques anciennes. Elles ne s'observent pour ainsi dire plus dans la symphysiotomie partielle où l'écartement des pubis est peu marqué.

Il faut retenir :

a) *L'incontinence d'urine* : En dehors de l'incontinence transitoire, de rares cas d'incontinence persistante ont été rapportés.

b) *Les fistules urinaires* : Peu fréquentes, sont véso-pariétales. Relevant d'une atteinte du col de la vessie par la pointe du bistouri, elles ont tendance à guérir spontanément après pose d'une sonde urétrale à demeure. Aussi, ne faut-il pas se presser de les traiter chirurgicalement.

c) *Les prolapsus génitaux* : Il s'agit avant tout de cystocèles. Mais ils ne sont pas spécialement le résultat de la symphysiotomie ; on les rencontre aussi fréquemment chez d'anciennes accouchées n'ayant jamais subi cette opération.

d) *Les troubles de la marche* : Douleurs et troubles de la marche sont les méfaits les plus reprochés à la méthode de ZARATE. Sans revenir sur les troubles transitoires du premier lever : fatigabilité rapide, marche hésitante, claudication légère qui souvent, d'ailleurs, font complètement défaut, les infirmités persistantes restent l'exception. A ce sujet, M. DESNOYERS, qui a pratiqué de nombreuses symphysiotomies, écrit : « La marche de nos opérées, dans la plupart des cas, a été satisfaisante dès les premiers jours qui ont suivi le lever. Cependant, nous devons signaler que quelques-unes d'entre elles ont présenté, au début, un certain degré de gêne fonctionnelle : fatigue rapide, claudication, douleur, soit pubienne (exceptionnelle), sacro-iliaque, soit lombaire ou fémorale. Nous nous sommes attachés à revoir ces femmes ultérieurement, un ou plusieurs mois après leur opération. Elles étaient toutes dans un état très satisfaisant et, quoique ayant marché un peu péniblement les premiers jours, nous disaient ne plus ressentir aucune gêne et vaquer sans fatigue à leurs occupations.

« Il y eut cependant une exception : une de nos malades présenta à son lever, non pas une gêne, mais une véritable impotence fonctionnelle, ne pouvant faire quelques pas que soutenue par une infirmière. En quelques jours une amélioration notable surve-

nait. Mais cette malade, en sortant de la Maternité, alla consulter dans un service de chirurgie où l'on pratiqua, le trente-septième jour après l'accouchement, une symphyséorraphie, suivie d'ailleurs d'un plein succès.

« C'est le seul cas d'impotence grave que nous ayons enregistré, et l'on peut d'ailleurs se demander si la symphyséorraphie n'a pas été un peu hâtive et si l'amélioration de la marche, déjà constatée dans le service, ne se serait pas poursuivie jusqu'à guérison ».

Lorsque les douleurs provoquées par la marche sont trop vives ou trop longues à disparaître, certains auteurs préconisent l'infiltration de l'articulation pubienne à la novocaïne. Elle assurerait une guérison complète, instantanée et définitive.

II. — *Résultats fœtaux.*

1° *Mortalité :*

Le fait que la symphysiotomie partielle est pratiquée pour difficulté ou après échec d'une manœuvre extractive (forceps, manœuvre de CHAMPETIER, version) est la base de la mortalité fœtale. Il vaut mieux faire d'emblée un Zarate que de le faire précéder de manœuvres de force qui en compromettent d'avance les résultats. C'est pourquoi les symphysiotomies effectuées après indications précises, certaines, ont des résultats excellents.

Les résultats sont moins bons en cas d'indications possibles posées par nécessité, tout en étant supérieurs à ce qu'ils seraient sans le secours de cette intervention ; c'est elle qui, en l'occurrence, ménage au mieux les intérêts de la femme et ceux de l'enfant.

La mortalité fœtale assez élevée constatée par les auteurs français tient à ce que, par rapport aux auteurs argentins, la proportion des symphysiotomies motivées par « indications absolues » (ZARATE) est beaucoup plus faible.

2° *Morbidité.*

Elle est liée à des facteurs indépendants de la symphysiotomie :

— antécédents de la mère (syphilis et certaines affections médicales) ;

— âge de la grossesse ;

— souffrance fœtale intense ;

— décollement du placenta ;

— procidence, circulaires serrées du cordon ;

— manœuvres obstétricales antérieures et postérieures à la symphysiotomie.

Les éventualités les plus communément observées qui, répétons-le, n'ont rien à voir avec la symphysiotomie, sont :

— la paralysie faciale transitoire ;

— l'hémorragie méningée.

En résumé, l'accouchement, après la symphysiotomie, s'effectue spontanément dans la majorité des cas. Si une application de forceps s'impose, elle est facile (la tête étant descendue dans l'excavation).

Les résultats maternels se montrent très satisfaisants malgré certains incidents, pour la plupart passagers, qui peuvent survenir.

Les résultats fœtaux sont excellents, de l'avis de la majorité des accoucheurs.

Les statistiques publiées par ZARATE donnent, pour

les différentes interventions obstétricales, les pourcentages de mortalité suivants :

	MORTALITÉ MATERNELLE	MORTALITÉ FŒTALE
Accouchement spontané	0,53 %	6,95 %
Forceps	2,12 %	36,17 %
Version	2,56 %	33,76 %
Césarienne	7,27 %	7,27 %
Symphysiotomie partielle ...	0 %	5 %

Nous n'avons pas observé suffisamment de cas pour produire une statistique personnelle.

Cependant, nous pouvons affirmer que, parmi les nombreuses symphysiotomies pratiquées par M. DESNOYERS, la mortalité maternelle et fœtale a été minime et bien souvent difficile à rattacher à l'intervention.

§ 3. — AGRANDISSEMENT DU BASSIN

La fréquence des accouchements spontanés chez des femmes symphysiotomisées lors d'une précédente grossesse, avec souvent enfants plus gros, semble prouver cliniquement la réalité d'un certain agrandissement du bassin.

Radiologiquement, il a été prouvé, à échéance lointaine, le bien-fondé de l'écart des pubis. Cet écart est comblé par du tissu fibreux. En règle, l'écartement pubien post-opératoire reste minime. Ceci s'explique très bien par le mécanisme du Zarate : après section de la symphyse, le diastasis interpubien s'accroît sous l'influence de la poussée de la présentation ; il ne se maintient pas ; après le dégagement le

frein chirurgical et le ligament de Henle rapprochent les surfarces articulaires en se rétractant.

Néanmoins, il faut encore se montrer assez réservé sur la réalité de cet agrandissement. Il peut être en rapport avec le relâchement des ligaments symphy-saires sous l'influence d'une nouvelle grossesse. LAF-FONT et FULCONIS en présentent un exemple dans une note à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique d'Alger en 1933 : « Une des femmes qui, après avoir eu deux enfants morts et un vivant de 3.780 grammes grâce au Zarate, présenta au début du septième mois d'une quatrième grossesse, du relâchement doulou-reux des symphyses et une laxité de l'interligne pu-bien surtout évidente dans « la marche sur place ». Or, après trois heures de travail, cette femme accou-cha à terme, spontanément, d'un enfant vivant de 4.050 grammes et sortit au dixième jour sans aucun trouble de la marche. A la radiographie cependant, l'écartement inter-pubien était à peine supérieur à la normale. C'est vraisemblablement le relâchement assez marqué, au point d'être douloureux, des sym-physes qui avait joué, chez cette quatrième-parc, plus encore que la symphysiotomie antérieure ».

Enfin, il existe des cas indéniables où l'agrandisse-ment du bassin après le Zarate manque complète-ment : la preuve en est donnée par la nécessité de symphysiotomies itératives.

Ces faits pourraient être invoqués en faveur de l'utilité de la greffe ostéo-périostique d'Henri DELA-GENIÈRES.

2° La symphysiotomie ne doit pas être employée trop tardivement. Si, au cours d'un accouchement que l'on prévoyait favorable, la dystocie apparaît, il ne faut pas trop attendre avant d'intervenir dans l'espoir souvent fallacieux de voir les choses s'arranger spontanément.

Lorsque la tête reste élevée malgré la rupture spontanée ou artificielle des membranes, la dilatation stationnaire, que le col commence à devenir épais, le le rythme des contractions ne va pas tarder à se modifier tandis que va apparaître la souffrance fœtale. C'est le moment de pratiquer la symphysiotomie qui va permettre à la tête de pénétrer plus profondément dans l'excavation et de venir prendre contact avec le col. Dès lors, la dilatation va reprendre au cours normal et les contractions utérines vont se régulariser.

C'est s'exposer par contre à des résultats décevants que de faire une symphysiotomie s'il y a vraiment œdème dur du col avec infection utérine marquée et troubles profonds de la contractilité utérine.

Il ne faut pas, d'autre part, attendre pour intervenir que les signes de souffrance fœtale soient trop intenses. En effet, après la symphysiotomie, la dilatation peut ne pas être tout à fait complète ; un temps variable suivant qu'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare, s'écoule pour que cette dilatation se complète ; donc, si l'on ne veut pas que le fœtus aboutisse à l'expulsion d'un enfant mort, il faut intervenir au moment où le fœtus est encore capable de résistance et non très compromis. Ceci semble évident, mais cependant mérite d'être souligné.

L'efficacité et l'innocuité de la symphysiotomie partielle apparaissent donc facteurs d'indications judicieusement posées ; autrement dit, avant d'entreprendre un Zarate, une enquête précise de tous les éléments en jeu s'impose. Il importe :

- de fouiller les antécédents de la parturiente ;
- d'étudier minutieusement sa grossesse actuelle ;
- et surtout de suivre soigneusement le travail par des examens méthodiques et scrupuleusement notés.

Certes, les éléments du diagnostic sont les mêmes que pour n'importe quelle intervention obstétricale, mais avec cette particularité que, pour le Zarate, l'examen doit être plus précis et plus raffiné encore.

Insistons sur l'importance du toucher vaginal pratiqué aseptiquement qui fournit les renseignements les plus précieux sur le bassin, les parties molles, le fœtus, l'état du travail, et sur le grand secours fourni par l'habitude des cas délicats et le souvenir de cas analogues au cas présent.

« La symphysiotomie réclame donc un ensemble clinique déterminé, mais complexe, qui en restreint assez considérablement les indications, et qui exige de la part de l'accoucheur un sens clinique obstétrical et une expérience des dystocies assez difficile à acquérir en dehors de la spécialisation. »

§ 2. — CONDITIONS D'ORDRE TECHNIQUE

L'efficacité et l'innocuité du procédé de ZARATE exige non seulement des indications judicieusement posées, mais encore une technique parfaite.

La symphysiotomie partielle apparaît facile, très simple, mais il suffit de considérer les rapports ana-

VII. — OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

Nos observations ne sont pas choisies, nous les avons prises parmi les symphysiotomies partielles pratiquées à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau ces deux dernières années.

OBSERVATION I

D... Léonie, 27 ans, sans profession, entre dans le service de M. DESNOYERS le 19 janvier 1938, à 6 heures.

Antécédents :

— *Héréditaires* : père mort d'urémie, mère morte de tuberculose, deux collatéraux bien portants.

— *Physiologiques* : née à terme, élevée au biberon, réglée à 12 ans : règles régulières, indolores, durant deux à trois jours.

— *Pathologiques* : rougeole.

— *Obstétricaux* : première grossesse en 1931 : application de forceps, extraction d'une fille vivante, pesant 1.500 grammes. Deuxième grossesse en 1935 : application de forceps ; extraction d'une fille mort-née pesant 3.250 grammes. Troisième grossesse actuelle.

Au cours de sa grossesse, la femme a consulté à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau.

Premier examen : grossesse de près de 8 mois, tête en bas très élevée, bruits du cœur fœtal normaux, le bassin semble normal.

5 janvier 1938 (Dr. DESNOYERS) :

tomiques de la symphyse pubienne, les incidents susceptibles de survenir au cours de l'intervention, pour se rendre compte de la délicatesse et de la prudence qu'elle exige.

La bonne conduite d'une symphysiotomie demande non seulement la connaissance approfondie des points importants de la technique, mais encore un esprit et une main nettement spécialisée.

M. DESNOYERS, dans une de ses publications fait bien ressortir les difficultés opératoires de la symphysiotomie partielle.

« La symphysiotomie, dit-il, est une intervention simple, facile, mais qu'il ne suffit pas d'avoir vu faire pour réaliser de façon satisfaisante.

« L'élève qui assiste à une césarienne, l'interne qui aide l'opérateur, comprennent les différents temps de l'opération, les voient se dérouler sous leurs yeux, peuvent en saisir les difficultés, les tours de mains qu'ils nécessitent, et peuvent ensuite, suivant leurs aptitudes chirurgicales, les réaliser à peu près correctement.

« Il en va tout autrement de la symphysiotomie et j'ai toujours été frappé de la difficulté que j'éprouve à enseigner, à montrer à mes internes la technique de cette opération.

« L'assistant voit bien la ponction de la peau, devine la marche de la lame cachée du bistouri qui ouvre progressivement la symphyse. Il entend bien le crissement caractéristique de la section du cartilage, il sent bien, par le toucher vaginal, l'écartement des deux pubis quand le bassin est ouvert.

« Mais le principal temps lui échappe ; il ignore,

tant qu'il n'a pas opéré lui-même, ces sensations différentes que transmet le bistouri à l'opérateur quand il sectionne la symphyse, quand il entame le ligament arqué. Il ignore le contrôle de la pointe du bistouri suivie par le doigt à travers la paroi vaginale.

« Il ignore l'effort des doigts intra-vaginaux qui refoulent en haut la vessie, latéralement l'urèthre, la section successive des petites brides, perçues par le vagin et qui retiennent encore la symphyse à moitié ouverte. Tous ces différents points lui échappent et ne peuvent être perçus, dans la pratique, que par le seul opérateur.

« Ceci explique sans doute que bien des accoucheurs aient eu des déboires, sinon des désastres, dans les premières symphysiotomies qu'ils ont pratiquées — déboires qui leur ont fait écarter définitivement une intervention qu'ils ont jugée, par ces premières tentatives, d'exécution difficile et dangereuse.

« Il n'est pas, d'autre part, à la portée de tous les médecins et de tous les étudiants de se familiariser avec cette technique par des symphysiotomies répétées sur le cadavre.

« C'est pourquoi je pense pouvoir conclure que, malgré ses avantages incontestables, la symphysiotomie, du fait de ses difficultés d'indications, d'une part, de ses difficultés techniques, d'autre part, ne saurait prendre place, comme certains accoucheurs l'ont envisagé, parmi les interventions courantes de petite chirurgie du médecin pratique. »

VII. — OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

Nos observations ne sont pas choisies, nous les avons prises parmi les symphysiotomies partielles pratiquées à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau ces deux dernières années.

OBSERVATION I

D... Léonie, 27 ans, sans profession, entre dans le service de M. DESNOYERS le 19 janvier 1938, à 6 heures.

Antécédents :

— *Héréditaires* : père mort d'urémie, mère morte de tuberculose, deux collatéraux bien portants.

— *Physiologiques* : née à terme, élevée au biberon, réglée à 12 ans : règles régulières, indolores, durant deux à trois jours.

— *Pathologiques* : rougeole.

— *Obstétricaux* : première grossesse en 1931 : application de forceps, extraction d'une fille vivante, pesant 1.500 grammes. Deuxième grossesse en 1935 : application de forceps ; extraction d'une fille mort-née pesant 3.250 grammes. Troisième grossesse actuelle.

Au cours de sa grossesse, la femme a consulté à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau.

Premier examen : grossesse de près de 8 mois, tête en bas très élevée, bruits du cœur fœtal normaux, le bassin semble normal.

5 janvier 1938 (Dr. DESNOYERS) :

— Bassin paraissant rétréci transversalement, surtout au niveau du bi-ischiatique.

— A radiographier le détroit inférieur.

— Envisager une pelvitomie.

6 janvier 1938 (Dr. LE LORIER) :

— Hauteur utérine : 33 cm.

— Sommet non engagé en O.I.G.T., légèrement mobile, bien centré, ne débordant pas.

— Le bassin paraît vicié surtout par rapprochement des ischions.

— L'engagement artificiel permet d'amener aisément la tête à deux travers de doigt du périnée.

12 janvier 1938 : mêmes constatations : attendre.

— Tension artérielle : 12-7.

— Urines normales.

— Température : 37°2.

La femme entre dans le service le 19 janvier 1938.

Examen à l'entrée :

Examen général :

— Squelette normal.

— Peau saine, pas de varices, pas d'œdème.

— Cœur et poumons normaux.

— Urines normales.

— Tension artérielle : 12-7.

— Température : 37°2.

Examen obstétrical :

— Date des dernières règles : du 5 au 8 mars 1937.

— Procréateur bien portant, le même pour toutes les grossesses.

— Pas d'accidents ni de complications au cours de la grossesse.

— Seins bien conformés.

— Vagin normal.

— Col effacé, dilaté comme 2 francs.

— Présentation céphalique en O.I.G.T. : engagement non effectué, tête ne débordant pas la symphyse.

- Bassin : rapprochement des ischions.
- Auscultation du cœur fœtal positive.
- Début du travail : le 19 janvier 1938, à 4 heures.
- Membranes rompues : rupture spontanée, précoce, liquide amniotique normal.

Contractions utérines douloureuses.

Salle de travail :

— 7 heures : contractions utérines douloureuses : durée 40 secondes ; intervalle trois minutes. Bruits du cœur fœtal : bons. Température : 37°1. Pouls : 88.

— 9 h. 30 : même examen. Injection d'une ampoule de spasmalgine.

— 11 heures : *symphysiotomie* (Dr. DESNOYERS).

La femme étant à dilatation complète et ayant perdu les eaux depuis plusieurs heures, la tête fœtale étant à la partie haute de l'excavation avec bosse séro-sanguine, on décide de faire une symphysiotomie partielle.

Celle-ci amène un écartement pubien de 3 cm. environ. Mais la femme ne présente plus de douleurs et deux injections d'hypophyse réveillent à peine les contractions.

La tête est maintenant engagée, la bosse séro-sanguine apparaît à la vulve, mais le crâne butte encore contre les branches ischiatiques. Les bruits du cœur se modifient, on termine par (12 h. 30) l'extraction au forceps d'une fille née étonnée pesant 3.110 grammes, ranimée après un quart d'heure de soins.

Anesthésie au Scheich.

Deux épisiotomies bilatérales : réfection aux crins.

Deux crins sur le Zarate.

Donc durée totale du travail : 8 h. 20.

Trente minutes après : *délivrance naturelle* :

- Poids de l'A.F. : 640 grammes.
- G.O. : 60 cm.
- Membranes : 30×15 (face fœtale), insertion véla-

menteuse, rétention partielle de caduque épaissie, trois cotylédons accessoires avec vaisseaux erratiques.

Donc, disproportion fœto-placentaire : 3.110/640.

Tension artérielle : 10-6 ; pouls : 108.

Vérification de l'intégrité de l'urèthre et de la vessie, mise en place d'une ceinture.

Suites de couches :

La température se maintient autour de 37°4 ; pouls, urines, normaux.

Un B.-W. pratiqué se révèle fortement positif. Noter que la symphysiotomie n'a pas agrandi le bassin d'une façon suffisante, peut-être à cause d'une synostose sacro-iliaque. Un enfant plus gros n'aurait pu être extrait sans dégâts. En cas de récurrence, envisager une césarienne.

La ceinture est enlevée au dix-septième jour. Sortie le vingt-et-unième jour en parfait état.

Enfant. — Croissance normale, allaitement par nourrice.

Chez cette femme, dont le bassin semblait rétréci, qui, difficilement certes, avait déjà accouché deux fois par les voies naturelles, la sagesse était d'attendre et de suivre l'épreuve du travail.

La tête fœtale restant élevée à dilatation complète, il y avait lieu d'intervenir. L'application de forceps à la partie haute de l'excavation était à proscrire, non seulement à cause de sa difficulté, mais encore du fait du mauvais résultat fœtal qu'il avait donné lors du dernier accouchement ; de plus, on devait tenir compte de la possibilité d'un enfant plus gros que les précédents.

La symphysiotomie partielle était préférable à la césarienne basse, puisque, en somme, la dystocie ap-

paraissait légère et que la poche des eaux était rompue depuis plusieurs heures.

L'application de forceps qui a dû suivre la symphysiotomie était motivée par l'absence des contractions utérines, l'échec de l'hypophyse et l'altération des bruits du cœur fœtal. Nous ferons remarquer que la prise a été très facile, le Zarate ayant permis à la tête de descendre dans l'excavation.

OBSERVATION II

C... Odette, 32 ans, secrétaire, entre dans le service le 6 septembre 1938, à 11 heures.

Antécédents :

— *Héréditaires* : parents bien portants.

— *Physiologiques* : née à terme, élevée au sein, a marché à 13 mois, réglée à 16 ans, règles irrégulières.

— *Pathologiques* : néant.

— *Obstétricaux* : première grossesse actuelle.

Gestation actuelle :

La femme a consulté à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau pendant sa grossesse. Dernières règles du 22 au 27 novembre 1937. Procréateur bien portant. B.-W. négatif.

16 mars 1938 (Dr. DESNOYERS) : grossesse d'environ trois mois, normale.

rielle : 12 1/2-6 ; urines normales.

6 juillet 1938 : grossesse normale.

3 août 1938 (Dr. DESNOYERS) : grossesse normale ; tension artérielle : 12-7 ; régime végétarien.

17 août 1938 : tête élevée, mais ne débordant pas la symphyse ; urines normales ; tension artérielle : 13-7.

31 août 1938 : grossesse près du terme : tête élevée ;

15 juin 1938 : présentation céphalique ; tension arté-

pas de promontoire accessible ; bruits du cœur fœtal positifs ; urines normales ; tension artérielle : 15-7.

6 septembre 1938 : la femme entre dans le service.

Examen général : squelette, peau, sains ; cœur et poumons normaux ; pas d'œdème ni de varices ; tension artérielle : 11 1/2-7.

Examen obstétrical : grossesse à terme ; sommet fixé ; pas de travail.

17 septembre 1938 (19 heures) : la femme se plaint de douleurs espacées, mais régulières. Au toucher vaginal : début de travail, col effacé, engagement non effectué, promontoire non atteint, hauteur utérine : 33 cm.

20 h. 30 : passage de la femme à la salle de travail.

Salle de travail :

22 heures : poche des eaux bombante ; dilatation comme 1 franc ; tête fixée.

24 heures : douleurs de plus en plus fortes ; même dilatation.

18 septembre 1938 : 3 heures : douleurs très fortes ; utérus tendu se relâchant peu entre les contractions ; bruits du cœur fœtal rapides et un peu soufflants. Au toucher vaginal : la présentation n'a pas progressé ; poche des eaux très bombante. Dilatation comme 2 francs. Spasme du col (une injection de spalmalgine).

11 heures : aucune progression de la présentation ; poche des eaux bombante ; dilatation entre 2 et 5 francs ; bruits du cœur fœtal : bons.

16 heures : dilatation grande paume ; poche des eaux intacte, bombant dans le vagin ; tête toujours au détroit supérieur ; rupture artificielle des membranes : liquide amniotique normal ; bruits du cœur fœtal : bons.

19 heures : dilatation grande paume ; tête toujours au détroit supérieur, fixée, bien fléchie ; contractions utérines douloureuses : durée 30 secondes, intervalle 3-4 minutes ; bruits du cœur fœtal : bons ; température : 37°7.

22 heures : même examen : température 37°8.

L'accoucheur de garde (Dr. LEGUY) est prévenu.

22 h. 15 (Dr. LEGUY) : dilatation presque grande paume ; les bords du col sont légèrement œdématisés, mais sans induration.

La tête est fixée au détroit supérieur.

La disproportion fœto-pelvienne paraissant *très minime*, on décide une symphysiotomie par la technique de Zarate avec conservation de l'arcuatum. La tête descend dans l'excavation, la dilatation se complète. Injection de 15 unités d'hypophyse : les douleurs restent insuffisantes et la femme fait des efforts expulsifs inefficaces.

Au bout d'une heure : application de forceps après épisiotomie préventive pour pouvoir diriger les tractions vers le bas et éviter la rupture de l'arcuatum.

Dès que la tête a pris contact avec le périnée, on enlève le forceps. Terminaison naturelle de l'accouchement par expression combinée aux poussées volontaires de la femme.

Dégagement de la tête en O.P. : fille vivante pesant 3.770 gr. ; diamètre bi-pariétal : 10 cm.

On vérifie aussitôt l'arcuatum qui est intact.

Réparation de l'épisiotomie aux crins.

Trente minutes après : *délivrance naturelle*.

Poids de l'A.F. : 750 gr. C.O. : 60 cm., insertion centrale. Membranes : 35×15 (face fœtale) ; rétention partielle de caduque.

Noter : durée de l'expulsion : 1 h. 15.

Durée totale du travail : 28 h. 30.

Suites de couches :

Après un clocher à 38°6, le soir du sixième jour, la température se stabilise et oscille entre 36°8 et 37°6. Pouls en rapport. Courbe d'urines satisfaisante. Les crins sont enlevés le sixième jour.

Sortie le vingt-et-unième jour en parfait état.

Enfant : allaitement maternel ; croissance normale ; B.C.G. au dixième jour.

Ici la césarienne basse aurait pu donner le même résultat que la symphysiotomie partielle (bien que la poche des eaux soit rompue depuis plus de 6 heures). Toutefois, le bassin étant normal et la disproportion céphalo-pelvienne légère, le Zarate était l'intervention la plus simple et la moins dangereuse pour la mère.

Comme dans l'observation précédente, on a dû recourir à uforceps à cause de l'insuffisance des contractions utérines et de l'inefficacité de l'hypophyse.

OBSERVATION III

M... Fernande, 28 ans, couturière, entre dans le service le 30 janvier 1939, à 21 h. 30.

Antécédents :

— *Héréditaires* : parents bien portants ; un collatéral bien portant.

— *Physiologiques* : née à terme, élevée au biberon, a marché à 13 mois ; réglée à 13 ans : règles régulières, normales, un peu douloureuses, durant quatre jours.

— *Pathologiques* : rougeole, coqueluche, scarlatine à 13 ans.

— *Obstétricaux* : première grossesse actuelle.

Gestation actuelle :

Dernières règles du 23 au 27 avril 1938.

Procréateur bien portant.

Accidents et complications : vomissements et malaises.

B.-W. négatif ; urines normales ; tension artérielle : 12-7.

La femme a consulté à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau pendant sa grossesse.

19 décembre 1938 : tête en bas mobilisable ; dos à gauche ; bruits du cœur fœtal positifs ; col long et fermé ; urines normales ; tension artérielle : 11 1/2-6.

31 décembre 1938 : grossesse de 8 mois : sommet amorcé, dos à gauche, enfant vivant ; toucher vaginal difficile à pratiquer : révèle un col long et fermé ; urines normales ; tension artérielle : 14 1/2-7 (régime végétarien).

30 janvier 1939 à 21 h. 30, la femme ayant des douleurs entre dans le service.

Examen général : squelette paraissant normal ; peau saine, pas de varices ; pas d'œdèmes ; seins bien conformés ; cœur et poumons normaux.

Examen obstétrical : hauteur utérine : 33 cm. ; ceinture ombilicale : 97 cm. ; utérus très tendu (excès de liquide) ; bruits du cœur fœtal : bons. Sommet engagé en G.A. Toucher vaginal douloureux ; membranes intactes, col incomplètement effacé, encore fermé.

Rares douleurs utérines.

Température : 37°.

Tension artérielle : 12 1/2-7.

Urines normales.

3 février 1939 : même examen.

5 février 1939 : 15 h. 45 : rupture spontanée de la poche des eaux : liquide normal ; bruits du cœur fœtal : bons ; pas de douleurs.

20 h. 30 : bruits du cœur fœtal : bons ; toucher vaginal difficile : col en voie d'effacement, fermé ; rares douleurs.

6 février 1939 : 7 h. 30 : membranes rompues, dilatation comme 2 francs ; sommet amorcé ; bruits du cœur fœtal : bons ; température : 37° ; pouls à 92.

13 h. 30 : douleurs plus vives : température : 37°8.

16 h. 20 : contractions utérines toutes les 3 à 4

minutes ; bruits du cœur fœtal : bons ; température : 38°6.

19 heures : dilatation complète ; tête non engagée ; bruits du cœur fœtal : bons ; température : 38°1.

M. DESNOYERS est prévenu.

—21 h. 20 : bruits du cœur fœtal ralentis à 100.

23 h. 15 : bruits du cœur fœtal à 132 bien frappés.

Une injection de spalmalgine est faite à la femme.

7 février 1939 (Dr. DESNOYERS) : 0 h. 15 : tête non engagée, orientée en gauche antérieure, mal fléchie, la fontanelle antérieure étant accessible.

La tête ne déborde pas la symphyse, et le moignon de l'épaule est à un travers de main et demi du pubis.

La dilatation est complète, mais le promontoire est facilement atteint au-dessus de 11 cm.

La concavité sacrée est bonne.

On a donc le choix entre :

a) Un forceps sur une tête non engagée.

b) Une césarienne chez une femme ayant rompu ses membranes depuis trente-six heures.

c) Une symphysiotomie.

C'est cette dernière opération qui est pratiquée sous sa forme sous-cutanée.

0 h. 30 : rares contractions utérines ; injection d'une demi-ampoule de post-hypophyse n° 4 ; bruits du cœur fœtal : bons.

1 heure : bruits du cœur fœtal : bons ; contractions utérines inefficaces ; injection d'une ampoule de post-hypophyse n° 2 ; double épisiotomie.

1 h. 15 : *accouchement normal* : sommet en O.I.G.A. ; dégagement en O.P.

Naissance d'un garçon vivant pesant 3.360 gr.

1 h. 30 : *délivrance naturelle* : poids de l'A.F. : 720 gr. ; C.O. : 60 cm., insertion centrale. Membranes : 40×15, infiltrées de méconium.

Réfection des épisiotomies : 4 crins.

Pose d'une sonde à demeure.

Pose d'une ceinture.

Pouls : 120.

Température : 38°7.

Tension artérielle : 8-4 (500 cc. de sérum artificiel).

En résumé :

Début du travail : 5 février 1939, à 13 heures.

Dilatation complète le 6 février 1939, à 19 h. 15.

Rupture spontanée des membranes : liquide normal.

Expulsion du fœtus le 7 février 1939.

Durée de l'expulsion : 45 minutes.

Durée totale du travail : 36 h. 45.

Dégagement en O.P.

Suites de couches :

Le troisième jour, la température, qui était descendue à 37°5, fait un clocher à 38°2 et monte progressivement pour atteindre 39° au cinquième jour.

Elle atteint 40°2 le huitième jour, puis oscille entre 37° et 40°6.

Dès le premier jour, la femme a 8 comprimés de rubiazol, on continue les jours suivants jusqu'au 20 février 1939.

Les fils sont enlevés le 13 février ; les jambes mobilisées le lendemain.

Les 17 et 19 février on pratique une hémoculture qui se révèle négative.

Une nouvelle, pratiquée le 21, est positive :

Présence de cocci à Gram + en longues chaînettes paraissant être du streptocoque. L'identification poursuivie vient confirmer cette hypothèse.

Une autre hémoculture, pratiquée le 3 mars, se révèle positive (strepto).

Malgré une médication active (septicémie, rubiazol, sérum de Vincent, Dagénan, auto-vaccin, etc.), la femme meurt le 15 mars 1939.

Ajoutons que deux examens d'urines avaient montré la présence de pus et une flore polymicrobienne à prédominance de colibacilles.

Chez cette primipare dont le travail s'est prolongé 36 h. 45, où la rupture des membranes a été précoce, les touchers répétés, aucune intervention autre que la symphysiotomie ne pouvait entraîner moins de risques. En effet, une césarienne segmentaire, à moins d'être mutilatrice, ne pouvait être envisagée; elle a été écartée devant la jeunesse de la parturiente.

La symphysiotomie a été efficace puisque l'accouchement s'est terminé spontanément. Remarquons ici que la dystocie était due à une présentation céphalique mal fléchie, dans un bassin où le promontoire était atteint.

Il y a tout lieu de penser que la septicémie tardive responsable de la mort de cette femme aurait pu survenir après n'importe quelle autre intervention.

OBSERVATION IV

G... Lucienne, 36 ans, concierge, entre à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau le 29 août 1939.

Antécédents :

— *Héréditaires* : père et mère décédés de cardiopathie, 6 sœurs et 4 frères bien portants.

— *Physiologiques* : élevée au sein (née à 6 mois) ; a marché à 13 mois ; réglée à 14 ans : règles régulières, indolores, peu abondantes.

— *Pathologiques* : bronchites, scarlatine, typhoïde.

-- *Obstétricaux* : première grossesse normale à ter-

me ; deuxième grossesse normale à terme ; troisième grossesse : forceps ; quatrième grossesse : actuelle.

Gestation actuelle :

Dernières règles du 12 au 13 novembre 1938.

Procréateur : 34 ans, présentant des lésions pulmonaires bilatérales.

Accidents et complications : vomissements douloureux, céphalée, nausées.

La femme n'a pas été suivie à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau ; elle nous est envoyée de l'Hôpital Saint-Antoine.

Examen général à l'entrée :

Squelette, peau, cœur, poumons, normaux (radio pulmonaire négative).

Pas de varices, ni d'œdème.

Seins bien conformés. Au cours de la grossesse, la femme a fait un abcès du sein gauche. Actuellement, ce sein est indolore.

Tension artérielle : 13-8.

Examen obstétrical :

Utérus de forme ovoïde, dévié à droite ; hauteur 33 centimètres.

Vagin normal ; col long, largement perméable, membranes intactes.

Présentation céphalique : tête mobile, dos à gauche.

Bruits du cœur fœtal : bons.

Salle de travail :

11 heures : dilatation entre 5 francs et petite paume.

Bruits du cœur fœtal : bons.

14 heures : même dilatation ; membranes intactes.

La présentation reste élevée ; on suit le sacrum sur une certaine longueur.

18 h. 30 : pas de contractions utérines pendant l'après-midi. Présentation toujours élevée.

Dilatation près de petite paume.

Membranes intactes.

Bruits du cœur fœtal : bons.

22 h. 30 : dilatation entre 5 francs et petite paume.

Présentation élevée en gauche antérieure ; tête légèrement défléchie ; on perçoit nettement la fontanelle antérieure ; la présentation appuie mal sur le col, lequel est légèrement œdématisé (une ampoule de spasmalgine est injectée).

Membranes intactes.

Bruits du cœur fœtal : bons.

Température : 37°2.

30 août 1939 : 9 h. 30 : tête en position indifférente, mobile au détroit supérieur, on sent une fontanelle un peu à droite.

Dilatation stationnaire. Bruits du cœur fœtal : bons. La femme a peu de contractions utérines. Température : 37°.

11 h. 30 : nouvelle injection de spasmalgine ; injection d'hypophyse Choay n° 4 ; bruits du cœur fœtal : bons.

23 h. 30 : bruits du cœur fœtal : bons ; tête tendant à se fixer ; température : 37°.

31 août 1939 : 6 heures : peu de contractions utérines. La femme repose. Bruits du cœur fœtal : bons.

10 h. 15 : tête fixée ; membranes intactes. Col complètement effacé, dilatable comme 5 francs. Bruits du cœur fœtal : bons. Température : 36°9.

8 h. 30 : la femme a quelques petites douleurs. La tête est mobilisable. Dilatation stationnaire.

On donne du néococcyll ; la température et le pouls sont pris toutes les trois heures.

La femme reste au dortoir.

1^{er} septembre 1939 : 4 h. 30 (Dr. COEN) : tête très élevée au détroit supérieur. Col dilaté comme petite paume à bord épais. Bruits du cœur fœtal : bons. Température : 36°9.

Passage à la salle de travail.

10 h. 30 : tête élevée ; dilatation petite paume ; grosse bosse séro-sanguine ; liquide amniotique très teinté ; bruits du cœur fœtal : bons ; température : 37°2.

12 h. 30 (Dr. DESNOYERS) : O.I.D.T. bien fléchie ; promontoire atteint ; bruits du cœur fœtal : bons. Injection d'une ampoule de spalmalgine, d'une ampoule d'hypophyse.

14 heures : bonnes douleurs toutes les quatre minutes. La femme a envie de pousser. Dilatation entre petite et grande paume. Sommet très fléchi à trois travers de doigt du périnée. Importante bosse séro-sanguine. Bruits du cœur fœtal bien frappés.

17 heures (Dr. DESNOYERS) : présentation très élevée. Promontoire atteint à 10 cm. 2 (bassin G.R. annelé).

On décide d'intervenir.

17 h. 15 : *symphysiotomie partielle sous-cutanée*.

17 h. 30 : injection d'une demi-ampoule d'hypophyse n° 4.

17 h. 45 : *accouchement normal*. Sommet en O.I.D.P. Dégagement en O.P. (double circulaire du cordon).

Naissance d'une fille étonnée pesant 3.200 gr. Ranimée après deux minutes de soins habituels.

18 heures : *délivrance naturelle* : poids de l'A.F. : 680 gr. ; membranes incomplètes.

Tension artérielle : 6-11.

Pouls : 100.

Pose d'une ceinture à la femme.

Pose d'une sonde à demeure.

En résumé : début du travail le 1^{er} septembre 1939, à 4 heures. Rupture des membranes. Expulsion du fœtus le 1^{er} septembre 1939, à 17 h. 45.

Suites de couches :

Le cinquième jour, clochef thermique à 39°6.

La sonde à demeure est enlevée ce jour.

Le sixième jour, la température redescend à 37°4 et

se maintient dans la suite entre 36°8 et 37°3 ; pouls en rapport ; courbe d'urines satisfaisante.

Les crins de la symphysiotomie sont enlevés le neuvième jour, la ceinture au dix-septième.

La femme sort en excellent état le vingtième jour.

Rien à signaler du côté de l'enfant.

Chez cette IV pare à bassin généralement rétréci, annelé, la dystocie était modérée puisque le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 cm. 2. De plus les accouchements antérieurs, mis à part le troisième, s'étaient terminés normalement. On pouvait donc compter sur l'efficacité de la symphysiotomie partielle pour terminer le travail.

L'hypothèse d'une césarienne basse n'a pas été soulevée, du fait de la rupture déjà lointaine de la poche des eaux et du liquide amniotique fortement teinté.

VIII. — PLACE DE LA SYMPHYSIOTOMIE PARTIELLE DANS LA THERAPEUTIQUE OBSTETRICALE

Quelle est la place de la symphysiotomie partielle vis-à-vis des différents procédés susceptibles de remédier à une dystocie osseuse relative ou à une disproportion fœto-pelvienne modérée ? tel est le problème qui nous reste à résoudre.

Le Zarate n'a évidemment pas la prétention de pallier aux distocies osseuses absolues, cas qui relèvent de la césarienne corporéale sans épreuve du travail et que nous n'évoquerons que pour les éliminer.

Lorsqu'il existe une dystocie telle qu'un agrandissement minime du bassin suffirait pour laisser passer le fœtus, l'accoucheur a le choix entre :

- les manœuvres internes,
- le forceps,
- les césariennes après épreuve du travail,
- les pelvitomies.

§ 1. — LES MANŒUVRES INTERNES

La version utilisée dans le but de faire franchir par la force un obstacle osseux à une tête fœtale donne une mortalité infantile effroyable (enfouissements crâniens, complications méningo-céphaliques) et une

mortalité maternelle notable. Cette manœuvre ne saurait donc être raisonnablement envisagée.

De même, nous avons déjà vu ce qu'il fallait penser de la manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES, dans les dystocias de la tête dernière.

§ 2. — LE FORCEPS

Dans les rétrécissements limités et les disproportions céphalo-pelviennes légères, la présentation reste élevée, tendant vainement à franchir le détroit supérieur. Le forceps n'est pas un instrument destiné à réduire une tête fœtale. L'application en est ordinairement difficile et la prise jamais bonne. Les tractions demandent beaucoup de force et risquent d'entraîner des délabrements de toutes sortes. De plus, il ouvre la porte à l'infection.

§ 3. — LES CÉSARIENNES

Dans une publication, Zarate parlant de son procédé écrit « Méthode d'une innocuité réelle et d'une simplicité déconcertante, compagne obligée du travail d'épreuve et de l'accouchement spontané dans les rétrécissements relatifs, et qui, si on l'emploie dans les limites absolues de ses indications, ne peut être comparée à aucune des autres méthodes de césarienne, parce qu'elle est supérieure à n'importe laquelle d'entre elles. »

Et son collaborateur, Palacios COSTA, affirme qu'en Argentine : « la césarienne pour dystocie relative a vécu, remplacée par la symphysiotomie, bénigne par excellence, harmoniquement et scientifiquement asso-

ciée à l'accouchement spontané. La symphysiotomie dominera la dystocie osseuse relative. Sa valeur résulte de l'innocuité « quo ad vitam et functionem », son mérite provient de la simplicité de la technique. »

Nous ne pensons pas comme les auteurs argentins qu'il faille substituer la symphysiotomie partielle aux césariennes. Symphysiotomie partielle et césariennes ne doivent pas se combattre car elles répondent à des indications différentes.

Les césariennes peuvent aussi bien que la symphysiotomie partielle être utilisées dans les dystocies modérées.

Dans les cas purs, c'est-à-dire au début du travail, peu de temps après la rupture des membranes, la césarienne segmentaire donne des résultats aussi satisfaisants que la symphysiotomie. Le Zarate n'a alors d'autre avantage que d'être un moyen plus simple, plus élégant, plus rapide et moins choquant pour la mère que la césarienne. Cette supériorité de la symphysiotomie ne peut être contestée. Mais on lui reproche d'être une opération aveugle. Nous remarquons que parmi toutes les opérations obstétricales, ce n'est pas la seule. Ce sont les doigts qui « voient » dès qu'ils ont acquis une certaine expérience. Les sensations transmises par la lame, coincée d'abord dans le tunnel de section, puis se mouvant plus à l'aise dès le moindre degré d'écartement, sont vérifiées par tous les auteurs. De plus, les doigts vaginaux « devinent » au travers des parties molles la pointe du bistouri à l'intérieur de la capsule articulaire et apprécient le degré du diastasis obtenu.

Dans les cas impurs, lorsque le travail se prolonge plusieurs heures, qu'il existe un peu de température, le choix de l'intervention devient plus délicat. La préférence entre la césarienne basse et la symphysiotomie se discute suivant le degré d'infection amniotique.

Nous ne partageons pas l'opinion de SCHIECKLE : « L'infection n'est plus une barrière... la césarienne basse répond à tous les besoins ».

La césarienne basse chez une femme qui a perdu les eaux depuis longtemps, même en dehors de toute infection apparente, n'est pas exempte de risques. Des examens bactériologiques pratiqués après la troisième heure suivant la rupture des membranes ont presque toujours révélé un liquide amniotique infecté.

Lorsqu'on opte pour une césarienne segmentaire, chez une femme ayant perdu les eaux depuis longtemps, qui présente un peu de température, un pouls rapide, comme le degré d'infection est très difficile à apprécier, on est amené souvent à faire suivre la césarienne d'une hystérectomie. Or, et surtout s'il s'agit d'une femme jeune, il est toujours ennuyeux de supprimer l'utérus.

La symphysiotomie, en dehors bien entendu d'une infection utérine très marquée, ne risque pas de disséminer l'infection puisqu'elle n'intervient pas sur l'utérus. Notons ici qu'après les hystérotomies, la valeur utérine est amoindrie et la fonction de reproduction lésée dans une certaine mesure.

Le procédé de ZARATE est toujours plus bénin qu'une intervention abdominale. Enfin, l'enfant n'est

pas plus exposé dans la symphysiotomie que dans la césarienne ; bien plus, on ne saurait nier combien il est osé d'entreprendre une hystérectomie lorsque la souffrance fœtale s'avère très intense.

A ces objections, les partisans de la césarienne accordent que l'on peut écarter les dangers d'infection et par conséquent accroître la sécurité de la césarienne en isolant la grande cavité péritonéale par un artifice opératoire, comme le fait M. JEANNIN, ou en compétant l'opération par un drainage à la Mikuliez.

Ces procédés, de l'avis de M. Jeannin, sont encore imparfaits et ne donnent pas la sécurité de l'hystérectomie. « Nous devons encore faire une très large part à l'opération mutilatrice, à l'hystérectomie, qui, je l'espère, tendra de plus en plus à diminuer ».

Les césaristes trouvent encore dans l'opération de PORTES (césarienne corporéale suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus) un argument en faveur de leur doctrine.

L'opération de PORTES chez une femme infectée ne saurait prétendre supprimer les risques d'une issue fatale. C'est une opération importante, plus grave pour la parturiente qu'une symphysiotomie.

En réalité, césarienne et symphysiotomie partielle ne doivent pas s'exclure. Elles répondent chacune à une catégorie d'indications qui demandent à être envisagées judicieusement.

SCEMLA, dans sa thèse, a parfaitement indiqué la place de la symphysiotomie dans la hiérarchie thérapeutique en ce qui concerne les cas impurs de dys-

tocie relative : « Son territoire commence où finit celui de la césarienne conservatrice... à un échelon de plus d'infection et dans la gamme des dystocies, elle cédera la place aux opérations d'exception parmi lesquelles l'opération de ePORTES ».

§ 4. — LES PELVITOMIES

Nous n'opposerons au Zarate que la pubiotomie ; les symphysiotomies totales, sources de multiples méfaits, sont très justement abandonnées. Nous éliminerons également la résection de l'angle sacro-vertébral de ROTTER et SCHMID, très dangereuse, et la symphysiectomy de COSTA, qui n'a pas encore fait ses preuves.

D'après M. LE LORIER, symphysiotomie et pubiotomie donnent des résultats superposables dans les mains d'opérateurs exercés.

Ces deux procédés, loin de s'exclure, comportent des avantages et des inconvénients qui justifient pleinement leur choix.

La pubiotomie aurait un champ d'action plus étendu ; elle assure un écartement pubien plus important, si bien que l'extraction artificielle du fœtus devient plus facile quand celle-ci s'impose après l'intervention. De plus, la technique reste invariable, que la disposition de la symphyse pubienne soit normale ou non. Après la pubiotomie, la consolidation osseuse survient rapidement.

La symphysiotomie est la meilleure opération lorsque, la dystocie étant minime, on peut espérer un accouchement spontané. La simplicité instrumentale,

la brièveté des préparatifs et la rapidité d'exécution feront préférer la symphysiotomie dans les cas d'extrême urgence, surtout s'ils se présentent en milieu non chirurgical. Dans une dystocie de la tête dernière imprévue, c'est la seule opération permettant d'extraire un enfant vivant.

Le procédé de ZARATE, du fait de l'écartement modéré des pubis, ne peut provoquer des lésions des articulations sacro-iliaques ; ne lésant pas les orifices inguinaux externes comme la pubiotomie, il ne prédispose aucunement aux hernies. La consolidation de la disjonction pubienne ne se fait jamais par un cal exubérant comme il est fréquent d'en observer après la pubiotomie. Enfin, quand la dilatation n'est pas complète, la symphysiotomie doit être préférée : en effet, l'hémorragie provoquée par la pubiotomie se poursuit pendant l'expulsion et le dégagement de la présentation et, lorsque cette expulsion et ce dégagement traînent en longueur, l'hémorragie de la pubiotomie peut devenir dangereuse.

Parmi les différentes interventions que nous venons d'envisager, nous ferons ressortir la place de la symphysiotomie par le tableau suivant :

En réalité, ce n'est là qu'un schéma, et, pour clore cette comparaison entre les divers moyens de terminer le travail, nous dirons que pour sauver un enfant avec le minimum de risques, pour la mère, l'accoucheur n'a jamais trop d'armes à sa disposition ; c'est à lui de choisir entre les différentes techniques possibles, celle qu'il jugera la meilleure, et cela d'autant

plus que parfois il lui faudra vite prendre une décision et intervenir rapidement. Mais ce qu'il ne faut pas, pour un spécialiste, c'est d'avoir du parti pris, des idées préconçues et absolues ; ceux qui ramènent toute la dystocie osseuse à la césarienne basse ont tort ; ceux qui veulent amplifier les indications de la symphysiotomie et lui faire prendre le pas sur la césarienne segmentaire ont également tort. Les cas cliniques qui se posent sont tellement variés qu'il faut toujours à l'accoucheur beaucoup de bon sens pour les résoudre, et cela d'autant plus qu'à l'urgence s'ajoutent souvent des difficultés tenant au lieu où l'on se trouve et où il faut agir vite.

Dystocies absolues.

Césarienne.

Cas habituels.	Impurs	Infection marquée.	Césarienne basse.	Purs : symphysiotomie ou césarienne.
				Infection latente ou modérée : symphysiotomie.
				Mutilatrice ou suiv la technique
				JEANNIN ou suivie drainage à la MIC LIEZ.
				Opération de PORTES.

Dystocies relatives.

Cas particuliers.	{	Dystocie de la tête dernière.	}	Symphysiotomie.
		Souffrance fœtale intense.		
		Présentation de { face. front. épaules parfois.		
		Certains cas d'urgence en milieu non chirurgical.		
		Extraction de { Fil scie de GIGLI placé prophylactiquement gros siège. en vue d'une pubiotomie.		

CONCLUSIONS

De cette étude, nous déduirons les conclusions suivantes :

I. — La symphysiotomie partielle a conquis actuellement droit de cité dans la Thérapeutique obstétricale, malgré la mauvaise renommée accordée aux méthodes de section pubienne.

II. — D'une technique simple et rapide, la symphysiotomie partielle est la pelvitomie qui, du fait de la création d'un frein supérieur chirurgical et de la conservation d'un frein inférieur anatomique, réduit au minimum les risques de dislocation pubienne.

III. — La méthode de ZARATE est excellente et efficace lorsqu'elle ne sort pas du cadre de ses indications, lesquelles restent restreintes et peuvent se résumer :

- aux disproportions fœto-pelviennes minimales ;
- aux dystocies de la tête dernière dans un bassin limite ;
- aux présentations céphaliques mal fléchies.

IV. — Les indications de la symphysiotomie partielle sont parfois difficiles à poser : elles exigent, de la part de l'accoucheur, un sens clinique obstétrical particulièrement développé et une grande expérience des dystocies.

V. — La primiparité, en dehors d'une atrésie vaginale marquée, surtout si l'on a soin de pratiquer une large épisiotomie prophylactique, n'est pas une contre-indication. Il en est de même de la dilatation incomplète lorsque celle-ci apparaît facilement complétable.

VI. — La symphysiotomie partielle est sans danger à condition de rester strictement intra-ligamentaire et de respecter les freins supérieur et inférieur de l'articulation pubienne ; sinon, l'opération pratiquée n'est plus un Zarate, mais une symphysiotomie sous-cutanée qui expose à peu près aux mêmes risques que celle des classiques. De plus, elle ne saurait devenir une intervention de pratique courante, mais doit toujours être entreprise par un spécialiste prudent et exercé.

VII. — De toutes les opérations obstétricales, la symphysiotomie partielle est celle qui permet de prolonger le plus longtemps l'épreuve du travail et d'intervenir le plus rapidement lorsque l'urgence le réclame.

VIII. — Après la symphysiotomie partielle, les accouchements ultérieurs spontanés semblent plaider

en faveur d'un agrandissement permanent du bassin. Mais ce n'est pas toujours vrai, puisque des symphysiotomies itératives ont dû être pratiquées. La greffe ostéo-périostique d'Henri DELAGÉNIÈRE, préconisée après le Zarate, n'a pas encore fait ses preuves ; d'ailleurs, elle ne paraît pas indispensable.

IX. — La symphysiotomie partielle occupe actuellement, dans la Thérapeutique obstétricale, une place bien définie mais très limitée. Elle doit remplacer les applications de forceps au détroit supérieur, si meurtrières pour l'enfant ; mais ne pas se substituer systématiquement à la césarienne. En matière de dystocie pelvienne légère, il faut être très éclectique :

— Dans les cas purs, la symphysiotomie n'a pas d'autre avantage sur la césarienne que sa technique rapide et élégante.

— Dans les cas impurs, elle sera préférée à la césarienne.

— Enfin, la symphysiotomie cédera le pas à la césarienne mutilatrice ou à l'opération de PORTES si l'infection amniotique est très marquée.

X. — Lorsque les indications sont posées à bon escient, la technique parfaite, la symphysiotomie à la Zarate aboutit à des résultats maternels et fœtaux excellents.

Vu :

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABUREL. — La pelvitomie chez la primipare (*Gynéc. et Obstétr.*, mai 1930, n° 21, p. 430).
- ALBERTS MULLER. — Dos casos di sinfisiotomie de Zarate (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Gin.*, 2, 77-81, décembre 1938).
- ARRIETA YUDICE H. — La sinfisiotomie frenada (procedimiento subontanes de Zarate) su valor y su sitio en la pratica obstetrica actual (*Thèse*, septembre 1935).
- BÆRO. — Nouvelle opération d'élargissement du pelvis : arthrodiastasis pubien (*Semana Med. Buenos-Ayres*, mai 1930).
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Indications des pelvitomies (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924, n° 7).
- BRINDEAU. — IV^e Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, Paris, 1925 : discussion du rapport de Le Lorier et Rossier. — Deux cas de symphysiotomie à la Zarate pour dystocie de la tête venant dernière (*Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 19 avril 1926).
- BRINDEAU et LANTEJOUL. — Traité de Bar, Brindeau et Chambrellent, 1926, tome IV, p. 239.
- CARDOSA F. — Sinfiseotomia partial sub-cutanea operacao de Zarate revisao de Casos (*Revue de Gyn. et Obst.*, I, 52-62, janvier 1938).
- COSTA. — Algumas consideracões em termo de un caso de sinfisiotoma à la Zarate (*Arg. de Cir. et Ortop.*, 2, 449-458, june 1935).

- CORREA C. — A propos de l'opération de Zarate (*Revista de Gyn. et Obst.*, 192, n° 10).
- CATHALA. — Les différents procédés d'agrandissement du bassin : leur valeur (*in* leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier en 1926, p. 111).
- COURTOIS J. et BALAZUE Jean. — La symphysiotomie à la Zarate (*Journal des Praticiens*, 12 mars 1938, p. 165).
- Etude de 26 cas de symphysiotomie à la Zarate pratiqués au Centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye avec résultats éloignés (Vigot frères, édit., 1938, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine).
 - La symphysiotomie à la Zarate (*Revue Générale de Clin. et de Thérap.*, 52, 165-168, 1938).
- COUVELAIRE. — Indications des pelvitomies (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924, n° 7).
- DELAGENIÈRES Yves. — Rapport à l'Académie de Médecine (mars 1936) sur plusieurs cas d'élargissement définitif du bassin).
- DESNOYERS R. — Pelvitomies (*Nouvelle P. M. C.*, 3^e éd., 1931, tome VI, p. 694).
- Vingt observations de symphysiotomie (*Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, octobre 1929, p. 622).
 - A propos de la symphysiotomie (*La Médecine*, avril 1931).
 - Les pelvitomies à la Maternité de Port-Royal (*Rev. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933, n° 5, p. 348).
 - Quelques remarques sur la symphysiotomie sous-cutanée (*Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, n° 7, juillet 1936, p. 641).
- DEVRAIGNE. — La symphysiotomie dite à la Zarate (*La Médecine*, n° 18, décembre 1936).
- DUJOL, G. MICHELON et JAUBERT. — La symphysiotomie à la Zarate, à propos de 27 observations (*Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, septembre 1935).

- La symphysiotomie sous-cutanée à la Zarate à propos de 27 observations (*La Loire Médicale*, n° 9, septembre 1935).
- ESQUIVEL. — Symphysiotomie (technique de Zarate) dans la dystocie du détroit inférieur (*Semana Med.*, août 1930, n° 2, p. 392).
- FÆSTA. — Symphysiotomie à la Zarate (*La Sem. Méd.*, 16 mars 1933).
- FALSIA M.-V. — Pelvis estrecha. Presentacion de frente, sinfisiotomia de Zarate (*Sem. Med.*, décembre 1933).
- FARABEUF. — Précis de médecine opératoire, 4^e édit., p. 1018.
- GARCIA VALENZUELA R. — Sinfisiotomia de Zarate en primigesta con distocia compleja (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Gyn.*, I, 376-385, 1936).
- GAVIOLI R.-L. — Partial symphysiotomy Zarate operation in primipares 5 cases (*Hosp. Argent.*, 4, 135-142, Aug. 15, 1933).
- GUCHTEMÈRE. — A propos de deux cas de symphysiotomie par le procédé de Zarate (*Soc. Belge de Gyn. et Obst.*, 3 mai 1930).
- HERNANDEZ. — La symphysiotomie à Cuba (*Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, juin 1928, p. 545).
- HUBERT L. — La symphysiotomie à la Zarate dans la thérapeutique obstétricale (*Thèse Paris*, 1939, Vigot frères, édit., 23, rue de l'Ecole-de-Médecine).
- JEANNIN et GUÉNIOT. — Indications de la symphysiotomie.
- JEANNIN. — L'opération césarienne tardive (leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, 1926, p. 174).
- JAUBERT, — A propos de 25 observations de symphysiotomie suivant la technique de Zarate (*Thèse Lyon*, 1935).

- JUAN Léon. — Sinfisiotomia en Cubeza ultima (ext. du *Bull. de la Sociedad de Obstetrica y Gynecologia de Buenos-Ayres*, 1934, t. XIII, n° 15).
- LAFFONT et FULCONIS. — Huit cas de symphysiotomie sous-cutanée, technique de Zarate (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, février 1932).
- Suites éloignées de la symphysiotomie (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, 9 décembre 1933).
- LANÉA C.-S. — Concepto historico de la sinfisiotomia de Zarate (sinfisiotomia frenada) su emples en Centro America (*Semana Med.*, 2, 1313-1315, nov. 5, 1936).
- LE LORIER. — Des indications des pelvitomies. Choix du procédé. Rapport au IV^e Congrès de Gynécologues et Obstétriciens de langue française (*Gyn. et Obst.*, t. XII, 1925, n° 2, p. 184).
- Quelle place les pelvitomies doivent-elles garder actuellement dans la thérapeutique obstétricale ? (in *La Médecine*, avril 1926).
- MICHELON. — La symphysiotomie sous-cutanée de Zarate (*Lyon Médical*, n° 4, 1933).
- PALACIOS COSTA et FALSIA. — Sinfisiotomia de Zarate en la distocia osea relativa (*Arch. Urug. de Med. Cir. y especialid.*, 7, 129-144, also *Semana Med.*, 2, 521-529, aug. 1935).
- PALLIEZ et GERNEZ. — Quelques observations de symphysiotomie partielles suivant la technique de Zarate (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 23, 415-417, june 1934).
- PEYTAVIN. — De la symphysiotomie partielle sous-cutanée. Etude critique de 45 observations de symphysiotomie suivant le procédé de Zarate (*Thèse*, Paris, 1931).
- PORTES. — Césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus (*Gyn. et Obst.*, octobre 1924, p. 225).

- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine (Arthrologie).
- PUJA J.-A. — Sinfisiotomia partial. Tecnica de Zarate (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Gyn.*, 1, 94-102, 1936).
- RAVINA. — Où en est la symphysiotomie ? (in *La Médecine*, avril 1932).
- REEB. — Symphysiotomie sous-cutanée (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1929, p. 591).
- REICHMAN DIETRICH. — La symphysiotomie à la Zarate à la Maternité de Lariboisière (pendant les six dernières années) (*Thèse, Paris*, 1936, Lib. Rodstein, 17, rue Cujas, 5°).
- ROUVIÈRE. — Anatomie humaine descriptive et topographique.
- RUDAUX et DESNOYERS. — Quelques observations de symphysiotomie partielle (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, février 1929, p. 125).
- SANTOS (de Rio de Janeiro). — Mon expérience de la symphysiotomie (in *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, juillet 1930).
- SCEMBA et BERNARD. — Dystocie par excès de volume du fœtus ; symphysiotomie à la Zarate, mère et enfant vivants (*Tunisie Médicale*, 30, 70-76, fév. 1936).
- SCEMBA. — Indications respectives de pelvitomie et de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (*Thèse, Paris*, 1925).
- SCHICKELE. — Discussion du III^e Rapport du IV^e Congrès des Gyn. et Obst. de langue française, Paris, 1925.
- SEGUY J. — A propos de la symphysiotomie selon la technique de Zarate (*Bull. Méd.*, n° 43, 27 septembre 1934).
- SUZOR. — Symphysiotomie sous-cutanée. Indications et technique (in *L'Hôpital*, novembre 1927, p. 623).
- Symphysiotomie pour bassin rétréci et œdème

- du col : rétrocession de l'œdème (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 6 mai 1935).
- TORRE BLANCO J. — La sinfisiotomia sub-cutaneo (*Arch. de Med. Cir.è, y Espec.*, t. XXXVII, n° 21, 26 mai 1934).
- TRILIAT P. — Un cas de symphysiotomie à la Zarate (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Lyon*, séance du 7 novembre 1938, in *Soc. de Gyn. et Obst. de Paris*, n° 10, p. 761-762, décembre 1938).
- VAN DESCAL et VON DER HORST. — Quelques points particuliers de la technique de l'opération de Zarate (in *Gyn. et Obst.*, t. XVIII, 1928, n° 3).
- VAN DESCAL R.-D. — Réflexions sur la symphyse pubienne et la symphysiotomie par le procédé de Zarate, avec projection de film cinématographique (XXIII^e Congrès franç. de Méd. de langue franç. de l'Amérique du Nord, Québec, 27, 30 août 1934 ; *Presse Médicale*, n° 82, 13 octobre 1934).
- VIGNES. — Les risques de la césarienne pratiquée tardivement au cours du travail (in *Presse Médicale*, 12 janvier 1927).
- VON DER HORST H. — Contribution à l'étude de la symphysiotomie sous-cutanée suivant la méthode de Zarate (*Thèse*, Paris, 1927).
- ZARATE E. — Nueva tecnia de sinfis. subcutanea (*Semana Med.*, 1924, p. 283).
- Nueva tecnia de snif. sub. Estudio experimental y anatomico (*Semana Med.*, 1924, p. 1337).
 - Symphysiotomie sous-cutanée en Argentine (*Gyn. et Obst.*, t. XIV, 1924, p. 331).
 - Nouvelle technique de la symphysiotomie sous-cutanée (*Gyn. et Obst.*, juin 1925, p. 401).
 - La symphysiotomie partielle et la symphysiotomie de Franck (*Sem. Méd.*, n° 35, 1926, et *Gyn. et Obst.*, t. XIV, n° 5, novembre 1926, p. 289).

- Symphysiotomie partielle contre césarienne segmentaire en cas de bassin limité (*Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, juillet 1927, p. 436).
- Symph. partialis (*Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1928, p. 484).
- La symphysiotomie partielle : indications et valeur thérapeutique dans la dystocie pelvienne d'après 100 observations de la clinique obstétricale de Buenos-Ayres (in *Revue Franç. de Gyn. et Obst.*, février 1932, p. 61).
- Indications et contre-indications de la symphysiotomie partialis (*Semana Med.*, 1, 2-4, jan. 6, 1938).

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	9
I. — <i>Historique</i>	11
II. — <i>Considérations sur les rapports anatomiques de la symphyse pubienne : originalité du Zarate</i>	19
III. — <i>Technique</i>	23
§ 1. — <i>Technique</i>	23
§ 2. — <i>Mécanisme de la symphysiotomie de Zarate ; ampliation pelvienne obtenue</i> . .	26
§ 3. — <i>Particularités opératoires et re- commandations de certains accoucheurs</i> . . .	27
IV. — <i>Indications et contre-indications</i>	31
§ 1. — <i>Indications</i>	31
§ 2. — <i>Contre-indications</i>	38
§ 3. — <i>Ne sont pas des contre-indications</i>	40
V. — <i>Efficacité et innocuité du Zarate</i>	43
§ 1. — <i>L'accouchement après la symphy- siotomie partielle</i>	43
§ 2. — <i>Les résultats de la symphysioto- mie partielle</i>	46
§ 3. — <i>Agrandissement permanent du bas- sin</i>	54
§ 4. — <i>Symphysiotomies itératives</i>	56

VI. — <i>Conditions d'efficacité et d'innocuité du Zarte</i>	57
§ 1. — Conditions d'ordre clinique	57
§ 2. — Conditions d'ordre technique	59
VII. — <i>Observations et commentaires</i>	63
VIII. — <i>Place de la symphysiotomie partielle dans la thérapeutique obstétricale</i>	79
§ 1. — Les manœuvres internes	79
§ 2. — Le forceps	80
§ 3. — Les césariennes	80
§ 4. — Les pelvitomies	84
IX. — <i>Conclusions</i>	87
<i>Bibliographie</i>	91